Н. В. Кунгуров, Н. В. Зильберберг,
Н. И. Рогинко, М. А. Уфимцева,
И. Г. Шакуров, В. А. Игликов,
М. М. Кохан, Е. В. Гришаева

Дерматовенерология: принципы и методология планирования ресурсного обеспечения с учетом современных задач и лицензионных требований





Министерство здравоохранения
и социального развития Российской Федерации

Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения
и социального развития

ФГУ «Уральский научно-исследовательский институт
дерматовенерологии и иммунопатологии Росмедтехнологий»

ГОУ ВПО «Уральская государственная медицинская академия Росздрава»

Н. В. Кунгуров, Н. В. Зильберберг, Н. И. Рогинко,
М. А. Уфимцева, И. Г. Шакуров, В. А. Игликов,
М. М. Кохан, Е. В. Гришаева

ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ: ПРИНЦИПЫ И МЕТОДОЛОГИЯ ПЛАНИРОВАНИЯ РЕСУРСНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ С УЧЕТОМ СОВРЕМЕННЫХ ЗАДАЧ И ЛИЦЕНЗИОННЫХ ТРЕБОВАНИЙ

Екатеринбург
Издательство «Чароид»
2008

УДК 616.5+616.97
Д 364

Рецензенты:
академик РАМН, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой дерматовенерологии лечебного факультета ГОУ ВПО «РГМУ Росздрава» **Ю. К. Скрипкин**

доктор медицинских наук, профессор, ректор ГОУ ВПО «ОГМА Росздрава», заведующий кафедрой кожных и венерических болезней
А. И. Новиков

Кунгуров Н. В., Зильберберг Н. В., Рогинко Н. И. и др.

Д 364 Дерматовенерология: принципы и методология планирования ресурсного обеспечения с учетом современных задач и лицензионных требований / Н. В. Кунгуров, Н. В. Зильберберг, Н. И. Рогинко, М. А. Уфимцева, И. Г. Шакуров, В. А. Игликов, М. М. Кохан, Е. В. Гришаева. – Екатеринбург: Изд-во Урал. ун-та, 2008. – 296 с.

ISBN 978-5-94166-088-9

В монографии освещается ряд актуальных вопросов эффективного управления кожно-венерологическими учреждениями на современном этапе.

В книге представлены правовые и организационные аспекты лицензирования кожно-венерологических учреждений с учетом новых требований и условий, а также методология решения задач планирования ресурсного обеспечения дерматовенерологических учреждений. Издание содержит новые данные о мотивационных предпочтениях врачей, значимости материальных и нематериальных факторов стимулирования их профессиональной деятельности.

Монография предназначена для главных врачей кожно-венерологических учреждений и их заместителей, организаторов здравоохранения, и дерматовенерологов.

УДК 616.5+616.97

ISBN 978-5-94166-088-9

ОГЛАВЛЕНИЕ



Дорогие коллеги!

Надеюсь представленные в монографии материалы будут Вам полезны и помогут в практической деятельности

С уважением, Кунгуров

Предисловие

Совершенствование управления в здравоохранении в целом и в конкретном кожно-венерологическом учреждении (КВУ), несомненно, является важнейшим фактором улучшения качества и доступности специализированной медицинской помощи, рационального использования финансовых, материально-технических и человеческих ресурсов (Кунгуров Н. В., Зильберберг Н. В., 2008).

В докладе министра здравоохранения и социального развития Т. А. Голиковой на президиуме Совета по приоритетным национальным проектам и демографической политике 17.02.2008 г. среди первоочередных тактических задач развития здравоохранения названы:

– улучшение системы управления отраслью, в частности, повышение качества прогнозирования и эффективности планирования ресурсов здравоохранения, внедрение механизмов бюджетирования, ориентированного на результаты, современных методов финансового менеджмента, стимулирующих использование ресурсов в здравоохранении;
– создание системы управления качеством медицинской помощи – переход на принципы финансирования медицинской помощи по объему и качеству ее оказания;
– повышение мотивации медицинских работников к качественному труду, внедрение систем оплаты труда, увязанных с качеством и результатами труда.

Необходимость решения обозначенных Минздравсоцразвития РФ задач на ближайший период ставит перед главными специалистами регионов и их коллективами новые вопросы: как организовать лечебно-диагностический процесс с учетом новых лицензионных требований и условий к оказанию специализированной дерматовенерологической помощи; как создать табель оснащенности КВУ, включая все его подразделения: стационар, амбулаторно-поликлиническое отделение и лаборатории; как правильно запланировать объемы ресурсного обеспечения КВУ; для чего необходимо создавать эффективную внутриучрежденческую систему контроля качества медицинской помощи и как удержать врачей в своем КВУ и в отрасли в целом, используя мотивационные ресурсы управления?

Ответы на эти и многие другие вопросы главные врачи и их заместители найдут в различных разделах предлагаемой монографии, содержащей нормативно-правовое и научное обоснование организационных аспектов оказания дерматовенерологической помощи.

Книга состоит из трех глав, в которых представлен опыт решения различных задач повышения эффективности управления КВУ в соответствии с современными задачами.

В первой главе издания в разных аспектах рассматриваются вопросы лицензирования учреждений, оказывающих специализированную помощь больным дерматозами и инфекциями, передаваемыми половым путем – с точки зрения изменившегося федерального законодательства, с учетом использования в практической работе КВУ только утвержденных Росздравнадзором медицинских технологий (диагностических и лечеб-

ных), с позиции эффективного контроля и управления качеством медицинской помощи.

Также в книге представлены пути решения другой проблемы – методологически правильного планирования расходов на оказание дерматовенерологической помощи в условиях стационара как наиболее ресурсоемкой составляющей лечебного процесса. Технология анализа и планирования структуры и стоимости лечебно-диагностической деятельности КВУ, приведенная во второй главе монографии, позволит руководителям научно обоснованно подойти к реструктуризации коечного фонда учреждений, его адекватному материально-техническому обеспечению, повысить эффективность и доступность специализированной медицинской помощи населению.

В третьей главе представлен анализ мотивационных предпочтений врачей КВУ, результаты изучения их ценностных ориентиров в процессе труда, степени удовлетворенности профессиональной деятельностью и влияющих на нее факторов, что несомненно будет полезным для руководителей КВУ при формировании комплексной системы мотивационных механизмов с учетом значимости моральных и материальных факторов стимулирования труда врачей.

Данная монография подготовлена совместно с ведущими специалистами Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития и ведущими учеными и практиками КВУ России. Она обобщает в себе большой практический врачебный и организационный опыт, а также научные разработки сотрудников Уральского института дерматовенерологии и иммунопатологии. Работа по данным научно-организационным направлениям в УрНИИДВиИ активно продолжается, и ее результаты будут отражены в наших дальнейших публикациях.

Профессор Н. В. Кунгуров

ГЛАВА 1. СОВРЕМЕННЫЕ ЛИЦЕНЗИОННЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К ОКАЗАНИЮ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЧЕСКИЙ ПОМОЩИ*

Трудно добиться хороших результатов,
если не представляешь, как это сделать.

1.1. ПРАВОВЫЕ И ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ЛИЦЕНЗИРОВАНИЯ КОЖНО-ВЕНЕРОЛОГИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ

Происходящие в последние годы стремительные изменения в экономике страны привели к созданию новых условий, в которых приходится функционировать лечебным учреждениям. Начавшаяся в 2004 г. административная реформа повлекла за собой мощные процессы модернизации системы здравоохранения. Федеральным законом от 29.12.2006 г. № 258-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием разграничения полномочий» внесены изменения в федеральные законы, регулирующие сферу охраны здоровья граждан Российской Федерации (РФ). Эти изменения вступили в силу с 1 января 2008 г. Закрепление в федеральном законе института переданных полномочий, финансирование этих полномочий, а также контроль за их реализацией формирует вертикаль управления: федеральные органы государственной власти управляют органами государственной власти субъектов РФ в определенных законом сферах деятельности. Изменения законодательства, предусматривающие осуществление органами государственной власти субъектов РФ полномочий по контролю за качеством медицинской помощи, а также лицензирование медицинской, фармацевтической деятельности и деятельности, связанной с оборотом наркотических средств и психотропных веществ, позволяют приблизить контроль за данными видами деятельности к непосредственному исполнителю работ и услуг. С 1 января 2008 г. Росздравнадзору вменена функ-

---

* Авторы главы: д-р мед. наук, проф. Н. В. Кунгуров; д-р мед. наук, проф. А. А. Корсунский; Н. И. Рогинко; канд. мед. наук М. А. Уфимцева; канд. мед. наук Н. В. Зильберберг; д-р мед. наук, проф. М. М. Кохан; канд. мед. наук Е. В. Гришаева; д-р мед. наук, проф. И. Г. Шакуров; канд. мед. наук С. В. Гольцов; д-р мед. наук Н. П. Евстигнеева; д-р мед. наук В. А. Игликов; д-р биол. наук, проф. Н. М. Герасимова; А. И. Табашникова; канд. мед. наук Ю. В. Кениксфест; д-р мед. наук Н. Н. Филимонкова; канд. мед. наук Н. К. Левчик; канд. мед. наук Ю. Н. Кузнецова; канд. мед. наук И. А. Куклин; М. В. Пономарева; А. М. Амозов; Е. А. Гусарова; канд. мед. наук Н. С. Лашкина; А. Ю. Титугина.

ция контроля деятельности органов государственной власти субъектов РФ, осуществляющих переданные полномочия в сфере лицензирования и контроля качества оказания медицинской помощи.

В 258-ФЗ (ст. 40), посвященной специализированной медицинской помощи, говорится, что специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь оказывается гражданам при заболеваниях, требующих специальных методов диагностики, лечения и использования сложных, уникальных или ресурсоемких медицинских технологий; специализированная медицинская помощь оказывается врачами-специалистами ЛПУ; финансовое обеспечение мероприятий по оказанию специализированной медицинской помощи в кожно-венерологических, противотуберкулезных, наркологических, онкологических диспансерах и других специализированных медицинских учреждениях (за исключением федеральных специализированных медицинских учреждений, перечень которых утверждается Правительством РФ) в соответствии с настоящими Основами законодательства РФ об охране здоровья граждан является расходным обязательством субъектов РФ; финансовое обеспечение мероприятий по оказанию специализированной медицинской помощи, оказываемой федеральными специализированными медицинскими учреждениями, перечень которых утверждается Правительством РФ, в соответствии с настоящими Основами является расходным обязательством РФ; финансовое обеспечение выполнения государственного задания на оказание высокотехнологичной медицинской помощи гражданам РФ в медицинских организациях является расходным обязательством РФ. В 258-ФЗ, как и в действующих Основах законодательства РФ об охране здоровья граждан от 1993 г. (в ред. Федерального закона от 22.08.2004 г. № 122-ФЗ), ни в полномочия органов государственной власти субъектов РФ, ни в полномочия органов местного самоуправления не включены организация и финансирование специализированной медицинской помощи в муниципальных организациях здравоохранения. В ст. 37.1 258-ФЗ определены виды медицинской помощи: первичная медико-санитарная, скорая, неотложная, специализированная, в том числе высокотехнологичная, нуждающиеся в обязательном лицензировании.

В соответствии с Федеральным законом «О лицензировании отдельных видов деятельности» постановлением Правительства РФ № 30 от 2 января 2007 г. (опубликовано 31.01.2007 г.) утверждено Положение о лицензировании медицинской деятельности. Параллельно признаны утратившими силу постановления Правительства РФ № 499 от 4 июля 2002 г. «Об утверждении Положения о лицензировании медицинской деятельности» (Собрание законодательства Российской Федерации 2002 № 27. Ст. 2710); п. 98 изменений, внесенных в постановление Совета министров РСФСР, Правительства РСФСР и Правительства РФ, касающиеся госу-

дарственной регистрации юридических лиц, утвержденных постановлением Правительства РФ, № 731 от 3 октября 2002 г. (Собрание законодательства Российской Федерации. 2002. № 41. Ст. 3938); п. 120 изменений, внесенных в акты Правительства РФ, утвержденных постановлением Правительства РФ № 49 от 1 февраля 2005 г. (Собрание законодательства Российской Федерации. 2005. № 7. Ст. 560).

В п. 5 Положения о лицензировании медицинской деятельности указано, что лицензионными требованиями и условиями при осуществлении медицинской деятельности являются:

а) наличие у соискателя лицензии (лицензиата) принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании зданий, помещений, оборудования и медицинской техники, необходимых для выполнения работ (услуг), соответствующих установленным к ним требованиям;

б) наличие у руководителя или заместителя руководителя юридического лица либо у руководителя структурного подразделения, ответственного за осуществление лицензируемой деятельности, – соискателя лицензии (лицензиата) высшего (среднего – в случае выполнения работ (услуг) по доврачебной помощи) профессионального (медицинского) образования, послевузовского или дополнительного профессионального (медицинского) образования и стажа работы по специальности не менее 5 лет;

в) наличие у индивидуального предпринимателя – соискателя лицензии (лицензиата) высшего (среднего – в случае выполнения работ (услуг) по доврачебной помощи) профессионального (медицинского) образования и стажа работы по специальности не менее 5 лет;

г) наличие в штате соискателя лицензии (лицензиата) или привлечение им на ином законном основании специалистов, необходимых для выполнения работ (услуг), имеющих высшее или среднее профессиональное (медицинское) образование и сертификат специалиста, соответствующие требованиям и характеру выполняемых работ (услуг);

д) повышение квалификации специалистов, осуществляющих работы (услуги), не реже одного раза в 5 лет;

е) соблюдение лицензиатом медицинских технологий при осуществлении медицинской деятельности, разрешенных к применению в порядке, установленном законодательством Российской Федерации;

ж) соблюдение лицензиатом санитарных правил при осуществлении им медицинской деятельности;

з) обеспечение лицензиатом при осуществлении медицинской деятельности контроля соответствия качества выполняемых медицинских работ (услуг) установленным требованиям (стандартам);

и) соблюдение лицензиатом правил предоставления платных медицинских услуг, утвержденных в установленном порядке;

к) наличие в штате соискателя лицензии (лицензиата) специалистов,

осуществляющих техническое обслуживание медицинской техники, или наличие у соискателя лицензии (лицензиата) договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление этого вида деятельности;

л) ведение лицензиатом при осуществлении медицинской деятельности учетной и отчетной медицинской документации.

В п. 6 Положения о лицензировании медицинской деятельности особо отмечено: «Осуществление медицинской деятельности с грубым нарушением лицензионных требований и условий влечет за собой ответственность, установленную законодательством Российской Федерации». При этом под грубым нарушением понимается невыполнение лицензиатом требований и условий, предусмотренных пп. «а – г» и «е – з» п. 5 настоящего Положения.

В 2007 г. управлениями Росздравнадзора по субъектам РФ проведены проверки 3074 ЛПУ по соблюдению лицензионных требований и условий при осуществлении медицинской деятельности. В 348 случаях результаты проверок были переданы в органы прокуратуры, 4090 главных врачей и их заместителей получили предписания, а 1774 ЛПУ – административные решения. Росздравнадзор взыскал 9,1 млн руб. штрафов. По результатам проверки, 47 % ЛПУ оказывают услуги без необходимой лицензии. Наиболее частыми нарушениями явились: неудовлетворительное состояние материально-технической базы ЛПУ; высокий процент износа диагностического оборудования; использование медицинской техники без надлежащего сервисного обслуживания и проверок измерительного оборудования; недостаточная и несвоевременная профессиональная подготовка и повышение квалификации врачей, в том числе врачей-лаборантов и среднего медицинского персонала; использование диагностических и лечебных технологий, не имеющих соответствующих разрешений Росздравнадзора РФ на применение; ненадлежащий контроль за качеством оказания медицинской помощи со стороны главных врачей.

Анализ обращений и жалоб граждан в Федеральную службу по надзору в сфере здравоохранения и социального развития свидетельствует о низком качестве медицинской помощи, в частности, об отсутствии возможности получения консультативных услуг по вопросам собственного здоровья или здоровья близких людей; о трудностях или невозможности проведения экспертизы качества медицинской помощи, в результате которой наступило резкое ухудшение состояния здоровья или смерть больного; длительных сроках ожидания госпитализаций, прохождения процедур, инструментальных исследований и консультаций врачей-специалистов; негуманном отношении со стороны медицинского и обслуживающего персонала к гражданам, обратившимся за медицинской помощью; об отсутствии возможности разрешения личных трудностей, психологических состояний, связанных с некачественным оказанием медицинской помощи.

Об ухудшении качества медицинской помощи свидетельствует и резкий рост в 2007 г. числа исков от пациентов. В представлениях Генеральной прокуратуры РФ Министерству здравоохранения и социального развития России и Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения и социального развития (ноябрь – декабрь 2007 г.) указывается на факты ненадлежащего контроля за соблюдением стандартов медицинской помощи; факты оказания некачественной медицинской помощи; попустительство и халатность медицинских работников, бездушное отношение к больным, нуждающимся в безотлагательной медицинской помощи; случаи взимания платы с граждан, имеющих полисы обязательного медицинского страхования для госпитализации их на стационарное лечение; несоответствие объемов медицинской помощи базовой программе обязательного медицинского страхования; нарушение медицинскими работниками трудовой дисциплины и врачебной этики, отсутствие врачей на рабочем месте, неуважительное и пренебрежительное отношение к пациентам.

Росздравнадзор высказывает обоснованную озабоченность тем фактом, что только составление протокола об административном правонарушении и угроза приостановления действия лицензии на осуществление медицинской деятельности заставляет органы власти выделять денежные средства на финансирование мероприятий по устранению выявленных нарушений лицензионных требований и условий.

В ФГУ «УрНИИДВиИ Росмедтехнологий» методом экспертной оценки проведен анализ показателей, характеризующих соблюдение лицензионных требований (на июнь 2008 г.) в КВУ Уральского, Сибирского, Дальневосточного и Приволжского ФО (табл. 1.1).

Таблица 1.1

Перечень кожно-венерологических учреждений

№ п/п	КВУ	Субъекты Федерации
Уральский федеральный округ		
1	ГУЗ КВД (Курган)	Курганская область
2	ГУЗ ОКВД (Шадринск)	» »
3	ГУЗ ОКВД № 3 (Челябинск)	Челябинская область
4	ГУЗ ОКВД № 6 (Златоуст)	» »
5	ГУЗ ОКВД № 5 (Копейск)	» »
6	ГУЗ ОКВД № 13 (Сатка)	» »

Продолжение табл. 1.1

7	ГУЗ ОКВД № 4 (Магнитогорск)	Челябинская область
8	ГУЗ ОКВД (Салехард)	Ямало-Ненецкий АО
9	ГУЗ ОКВД (Екатеринбург)	Свердловская область
10	ГУЗ ОКВД (Каменск Уральский)	» »
11	ГУЗ ОКВД (Нижний Тагил)	» »
12	ГУЗ ОКВД (Первоуральск)	» »
13	ГУЗ ОКВД (Красноуфимск)	» »
14	ГУЗ ОКВД (Тюмень)	Тюменская область
Сибирский федеральный округ		
15	ГУЗ ККВД (Барнаул)	Алтайский край
16	ГУЗ ККВД (Барнаул)	» »
17	ГУЗ КВД (Славгород)	» »
18	ГУЗ КВД (Рубцовск)	» »
19	ГУЗ КВД (Бийск)	» »
20	ГУЗ ОКВД (Кемерово)	Кемеровская область
21	ГУЗ ОКВД (Омск)	Омская область
22	ГУЗ РКВД (Улан-Удэ)	Республика Бурятия
23	ГУЗ ОКВД (Братск)	Иркутская область
24	ГУЗ ОКВД (Иркутск)	» »
25	ГУЗ ОКВД (Абакан)	Республика Хакасия
26	ГУЗ РКВД (Горно-Алтайск)	Республика Алтай
27	ГУЗ РКВД (Чита)	Читинская область
28	ГУЗ РКВД № 1 (Красноярск)	Красноярский край
29	ГУЗ РКВД № 2 (Красноярск)	» »
30	ГУЗ РКВД № 3 (Красноярск)	» »
31	ГУЗ РКВД № 4 (Красноярск)	» »
32	ГУЗ РКВД № 5 (Красноярск)	» »

Окончание табл. 1.1

Дальневосточный федеральный округ		
33	ГУЗ ОКВД (Южно-Сахалинск)	Сахалинская область
34	КВУ ОГУЗ (Благовещенск)	Амурская область
35	ГУЗ КВД (Бирабиджан)	Еврейская АО
36	ГУЗ ККKВД (Петропавловск-Камчатский)	Камчатский край
37	ГУЗ ОКВД (Магадан)	Магаданская область
38	ГУЗ ККВД (Уссурийск)	Приморский край
39	ГУЗ ККВД (Владивосток)	» »
40	ГУЗ РКВД (Якутск)	Республика Саха
41	ГУЗ ККВД (Хабаровск)	Хабаровский край
42	ГУЗ КВД (Николаевск-на-Амуре)	» »
43	ГУЗ РКВД (Амурск)	» »
44	ГУЗ РКВД (Комсомольск-на-Амуре)	» »
Приволжский федеральный округ		
45	ГУЗ ККВД № 1 (Пермь)	Пермский край
46	ГУЗ ККВД № 2 (Пермь)	» »
47	ГУЗ ККВД № 3 (Березники)	» »
48	ГУЗ ККВД № 4 (Краснокамск)	» »
49	ГУЗ ККВД № 5 (Кунгур)	» »
50	ГУЗ ККВД № 6 (Соликамск)	» »
51	ГУЗ КП Окружной КВД (Пермь)	» »
52	ГУЗ РКВД (Уфа)	Республика Башкортостан

Распространенной причиной нарушений лицензионных требований и условий оказания специализированной медицинской помощи является неудовлетворительное состояние материально-технической базы КВУ (табл. 1.2).

Таблица 1.2

Состояние материально технической базы КВУ в Уральском, Сибирском, Дальневосточном и Приволжском федеральных округах

Субъекты Федерации	Число КВУ	Износ зданий, %		Число КВУ, нуждающихся в капитальном ремонте и реконструкции		Износ медицинского оборудования, %	
		2006	2007	2006	2007	2006	2007
Уральский федеральный округ							
Курганская область	2	54,5 ± 19,5	56,5 ± 18,5	2	2	75,5 ± 5,0	66,0 ± 14,1
Челябинская область	5	43,1 ± 16,3	43,8 ± 16,3	4	4	50,8 ± 10,9	52,6 ± 11,5
Ямало-Ненецкий АО	1	37,8	41,4	1	1	4,5	4,5
Свердловская область	5	69,0 ± 13,8	70,4 ± 13,3	4	4	49,1 ± 8,3	38,0 ± 7,1
Тюменская область	1	63,0	64,0	1	1	10,0	10,0
Сибирский федеральный округ							
Алтайский край	4	77,3 ± 16,7	75,5 ± 18,5	4	4	50,5 ± 12,4	49,3 ± 16,5
Кемеровская область	1	49,0	51,0	1	1	52,0	44,0
Омская область	1	нд*	58,2	0	1		52,7

* Здесь и далее в таблицах – нет данных.

Окончание табл. 1.2

Республика Бурятия	1	100,0	100,0	1	1	50,0	50,0
Иркутская область	2,0	34,2 ± 10,1		2	2		61,5 ± 14,5
Республика Алтай	1,0	75	75	1	1	30	30
Читинская область	1,0	18,9		1	1	32	32
Красноярский край	5,0	68,0 ± 19,8	69,0 ± 18,8	5	5	54,5 ± 15,8	54,5 ± 15,8
Дальневосточный федеральный округ							
Еврейская АО	1	12,0	13,0	1	1	80,0	71,0
Сахалинская область	1	27,0	29,0	1	1	30,0	42,0
Амурская область	1	56,0	57,0	0	0	нд	нд
Камчатский край	1	28,3	30,5	1	1	61,0	70,0
Магаданская область	1	38,3	41,3	0	0	85,0	80,0
Приморский край	2	54,5 ± 36	55,5 ± 36,5	2	2	66,3 ± 3,0	70,5 ± 10,5
Республика Саха	1	16,0	21,0	1	0	97,0	86,0
Хабаровский край	4	52,0 ± 8,5	49,3 ± 7,8	4	4	61,3 ± 4,3	64,3 ± 6,5
Приволжский федеральный округ							
Пермский край	7	50,7 ± 5,5	55,0 ± 7,1	6	6	56,2 ± 7,4	57,2 ± 7,2
Республика Башкортостан	1	21,0	31,0	1	1	33,0	30,0

В 26 (50,9 %) из 51 КВУ (в 2007 г.) износ зданий составляет более 50,0 %, а в 13 из них – более 80,0 %. В капитальном ремонте и реконструкции нуждаются 44 (86,3 %) КВУ. Кроме того, отделения в 6 (11,8 %) КВУ располагаются в неприспособленных помещениях, не имеющих водоснабжения и отопления.

Приведенная экспертная оценка медицинского оборудования и правильности его эксплуатации показала, что в 32 (62,7 %) КВУ износ медицинского оборудования составлял свыше 50 %, причем в 24 из них – более чем на 70 %. Обращает внимание то, что договор на сервисное обслуживание медицинского оборудования и план его проведения, а также план и договор на проверку измерительного оборудования имеют не все учреждения (90,6 и 93,8 % соответственно).

Получили предписания санитарно-эпидемиологической службы в 2007 г. 20 (39,2 %) КВД и лишь 8 (40,0 %) из них выполнили данные предписания на 100 %. Предписания МЧС и пожарной службы в 2007 г. были выданы 32 (62,7 %) КВД, и лишь 7 (21,9 %) из них полностью их выполнили (табл. 1.3).

В связи с отсутствием на август 2008 г. утвержденного приказом Минздравсоцразвития РФ табеля оснащения медицинским оборудованием специализированных КВУ и с целью выполнения лицензионных требований, стандартов оказания медицинской помощи в ФГУ «УрНИИДВиИ Росмедтехнологий» утверждены Табели оснащения медицинским (диагностическим и лечебным) оборудованием по разделам «Клиника», «Высокотехнологичная медицинская помощь», «Контроль качества медицинской помощи», «Научно-исследовательская работа».

Данная работа проведена в соответствии с документами:

– Положением о лицензировании медицинской деятельности, утвержденным постановлением Правительства РФ от 22 января 2007 г. № 30 (Собрание законодательства Российской Федерации. 2007. № 5. Ст. 656);

– Приказом Минздравсоцразвития РФ от 1 декабря 2005 г. № 753 «Об оснащении диагностическим оборудованием амбулаторно-поликлинических и стационарно-поликлинических учреждений муниципальных образований»;

– Приказом Минздравсоцразвития РФ от 25 декабря 1997 г. № 380 «О состоянии и мерах по совершенствованию лабораторного обеспечения диагностики и лечения пациентов в учреждениях здравоохранения Российской Федерации»;

Таблица 1.3

Предписания санитарно-эпидемиологической и пожарной служб, вынесенные КВУ Уральского, Сибирского, Дальневосточного и Приволжского федеральных округов в 2007 г.

Субъекты Федерации	Число КВУ	Предписания СЭС			Предписания МЧС и пожарной инспекции		
		Сумма предписания, руб.	Реализовано		Сумма предписания, руб.	Реализовано	
			руб.	%		руб.	%
Уральский федеральный округ							
Курганская область	2	10 000	10 000	100	275 000	217 000	79
Челябинская область	5	45 000	47 000	104	2 907 048	425 648	15
Ямало-Ненецкий АО	1	0	0	0	0	0	0
Свердловская область	5	2 375 000	816 500	34	2 240 000	1 517 000	68
Тюменская область	1	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0
Сибирский федеральный округ							
Алтайский край	5	1 538 000	101 000	7	546 211	28 800	5
Кемеровская область	1	0	0	0	0	0	0
Омская область	1	0	0	0	0	0	0
Республика Бурятия	1	1 800 000	200 000	11	1 200 000	100 000	8
Иркутская область	2	0,0	0	0	376 100,0	376 100,0	100

Окончание табл. 1.3

Республика Алтай	1	0,0	0,0	0	130 000,0	130 000,0	100
Читинская область	1	759 600,0	350 000,0	46	260 600,0	207 000,0	79
Красноярский край	5	6 902 000,0	2 388 460,0	35	616 780,0	332 870,0	54
Дальневосточный федеральный округ							
Сахалинская область	1	0	0	0	210 000	10 000	5
Амурская область	1	0	0	0	260 000	110 000	42
Камчатский край	1	0	0	0	1 000 000	286 000	29
Магаданская область	1	295 400	217 900	74	911 300	459 700	50
Приморский край	2	2 000 000	50 000	3	5 500 000	0	0
Республика Саха	1	0	0	0	100 000	175 000	175
Хабаровский край	4	0	0	0	120 000	20 000	17
Еврейская АО	1	10 000	10 000	100	0	0	0
Приволжский федеральный округ							
Пермский край	7	17 136 400	6 613 900	39	2 217 400	1 234 600	56
Республика Башкортостан	1	70 000,0	59 000,0	84	2 000 000,0	123 000,0	6

– Методическими рекомендациями юридическим лицам при осуществлении работ (услуг) в части высокотехнологичной медицинской помощи по профилю «дерматовенерология» от 17 декабря 2007 г.

В табель оснащения включены оборудование и медицинская техника, необходимые для выполнения работ (услуг), соответствующие установленным к ним требованиям (зарегистрировано в РФ, внесено в Государственный реестр изделий медицинского назначения и медицинской техники).

В соответствии с Административным регламентом по исполнению государственной функции по регистрации изделий медицинского назначения Росздравнадзор приводит регистрацию изделий медицинского назначения, которая представляет собой государственную контрольно-надзорную функцию, исполняемую Росздравназдором с целю допуска изделий медицинского назначения к производству, импорту, продаже и применению на территории РФ.

Регистрации подлежат все изделия медицинского назначения, предполагаемые к медицинскому применению на территории РФ, а именно приборы, аппараты, инструменты, устройства, комплекты, комплексы, системы с программными средствами, оборудование, приспособления, перевязочные и шовные средства, стоматологические материалы, наборы реагентов, контрольные материалы и стандартные образцы, калибраторы, расходные материалы для анализаторов, изделия из полимерных, резиновых и иных материалов, программное обеспечение, которые применяются в медицинских целях по отдельности или в сочетании. Зарегистрированные изделия медицинского назначения вносятся в Федеральный реестр и могут использоваться при формирования табеля оснащенности конкретных ЛПУ.

Ежеквартально, согласно утвержденному графику, совместно с ПТП «Медтехника» проводится оценка технического состояния медицинского оборудования, планируются закупка нового оборудования и дополнение Табеля оснащения в соответствии с зарегистрированными медицинскими технологиями.

В качестве примера приводим Табель оснащения специализированной дерматовенерологической помощи по разделу «Клиника» (табл. 1.4).

Таблица 1.4

Табель оснащения специализированной дерматовенерологической помощи в ФГУ «УрНИИДВиИ Росмедтехнологий»

№ п/п	Наименование оборудования	Марка	Год изготов-ления	Заводской номер	Сертификат соответствия	Регистрационное удостоверение	Срок поверки	Год, до которого нахо-дится на гарантии (сервисном обслужи-вании)
Клинико-диагностическая лаборатория								
1	Микроскоп	Микмед-2 ЛОМО XX1114	2001	7303	РОСС. RU.UM02. B087210	29/07060996/0778-00	Август 2008	2011
2	Микроскоп	Биолам Р11	1995	903294			Август 2008	2011
3	Микроскоп	Биолам Р15	1997	923210			Август 2008	2011
4	Аквадистиллятор	ДЭ-25	2003	548				2011
5	Автоматический гематологический анализатор	ABX Micros 60-CT/OT18 параметров	2005	510 OT 78973	Справка 101 кс 2177	2006/918 24.01.2015	Самотес-тирующий	2012
6	Ареометр (4 шт)	АОН-1	2007				5 лет	2012
7	Гемоглобинометр фотометрический портативный	АГФ-03-1МИНИГЕМ 540	2002	4930	Справка 101 кс 066	022а/3150/0967-04 27.12.2009	Ноябрь 2008	2011

Продолжение табл. 1.4

8	Анализатор мочи	CLINITEK 50 Bayer	2002	6510A 159980	Справка 1105	МЗРФ № 2004/360 30.04.2014	Самотес-тирующий	2011
9	Шкаф сушильно-стерилизационный	ШСС-80	1993	39236				2011
10	Центрифуга	Элекон УЛМН-Р-10-01	1999	014-02				2009
Иммунологическая лаборатория								
11	Шкаф ламинарный	САМПО ВЛ-12	2001	173				2011
12	Центрифуга	ОПН-3	1994	1816				2011
13	Центрифуга	ОПН-8	1993	2904				2014
14	Центрифуга Ahdreas HettichGmbH	Д78532	2007	0002350	Справка 101 кс 13727	2006/470 13.04.2016	Находится на гаран-тийном обслужи-вании	2012
15	Центрифуга	FV-2400	2005	50060 5026	A9460 B15021	2005/518 5.04.2015		2011
16	Термостат	ТС-80 М-2	1985	7313			Май 2008	2011
17	Микроскоп	Micros MC400	2005	004203	Справка 101 кс769	2004/180 5.03.2014	Август 2008	2012
18	Микроскоп имму-нофлюоресцент-тный	Микмед2	2005	ХК0612	РОСС. RU.UM02. B087210 12.04.04	29/07060996/ 0778-00	Август 2008	2011

Продолжение табл. 1.4

19	Микроскоп стереоскопический	МБС--9	1982	824709			Август 2008	2011
20	Шейкер	Sky Line ST-3	2003	33256	РОСС LV ME01.B02507 2.06.07	96/636		2011
21	Весы торсионные	ВТ-500	1993	1095			Апрель 2008	2011
22	Аквадистиллятор	АДЭа-25	2006	318				2013
23	Инкубатор и шейкер	Stat Fax 2200	2000	34990				2011
24	Фотометр планшетный	StatFax 2100	2001	2100-3501	РОСС R4/UM02B12195 27.10.05	2004/1258	Ноябрь 2008	2011
25	Фотометр цифровой	AP-101	2003	100753			Август 2008	2011
26	Морозильник медицинский (–80 °С) вертикальный с технологией вакуумной изоляции	Sanyo MDF-432V	2005	SN 3040492		2004/1110 16.09.14		2011
27	Автомат отмывки (вошер)	Elx50/8	2001	155670				2011
28	Шкаф сушильно-стерилизационный	ШСС-80	1991	242				2011
Клиническая микробиология								
29	Микроскоп	Микмед-2	2001	XA0786	РОСС. RU.UM02. B087210 12.04.04	29/07060996/0778-00	Август 2008	2011

Продолжение табл. 1.4

30	Микроскоп	Микмед-2	2001	XA0720	РОСС. RU.UM02. B087210 12.04.04	29/07060996/0778-00	Август 2008	2011
31	Микроскоп	Leica	2003	DM LS2|LB2	РОСС CP.UM2H12667 11.04.08	2005/312 1.03.15	Август 2008	2011
32	Микроскоп	Leica	2003	11501200	РОСС CP.UM2H12667 11.04.08	2005/312 1.03.15	Август 2008	2011
33	Микроскоп	LeicaMZ16	2007	5521800	РОСС CP.UM2H12667 11.04.08	2005/312 1.03.15	Август 2008	2014
34	Шкаф ламинарный	САМПО ВЛ-12	2001	172				2011
35	Термостат суховоздушный	ТС1-80СПУ	2005	889			Май 2008	2011
36	Весы электронные	Adventurer AR-5120	2004	BS 232	23280 1.04.11	1878500	Апрель 2008	2011
37	Весы равноплечные	ГОСТ 359-59	1990				Апрель 2008	2011
38	Дистиллятор	ДЭ-25 модель 784	2004	80				2011
39	Цитоцентрифуга для окрашивания клеточных препаратов	Wiscor США 7320	2007	7320071111	РОСС US.AE68B12302 27.03.10	2004/1533 2.12.14	Находится на гарантийном обслуживании	2014
40	Иономер PH-150	П-40 1018	2005	1020			Октябрь 2008	2012

41	Анализатор для автоматического считывания идентификации микроорганизмов	BD BBL Cristal AutoReader	2006	MB1G6147	РОСС US ИМ02.B13922 31.05.07	2006/746 23.05.16		2013
42	CO_2 инкубатор с редуктором	MCO15AC	2002	10908864			Март 2008	2011
43	Шкаф сушильно-стерилизационный	ШСС-80	1993	39306			Май 2008	2011
44	Автоматический счетчик колоний Easy Count	GelDoc XRS AESEM 1011 7510/ASE	2007	5002-003			Находится на гарантийном обслуживании	2014
45	Стерилизатор паровой горизонтальный	ГК-100-3М	2003	511	РОСС RU ИМ10.B00597 19.01.08	0226341/0855-04	Январь 2008	2011
46	Шкаф сушильный	MOV-212F	2007	61118651				
Серологическая лаборатория								
47	Фотометр микропланшетный 680	1681000Biorad	2006	15661	15718 1.08.08	МЗ РФ № 2003/254 3.03.13	Самотестирующий	2013
48	Шейкер термостатируемый на 96 луночных планшет	ELmi-St-3	2006	1637284	РОСС LV ME01.B02507 2.06.07	2006/1424 15.09.16		2013
49	Washer PW40 для микроплейтов	85499		Tc 6 HO 91339	Роcr Fr17AO3584	МЗ РФ № 99/122		2011
50	Центрифуга	ОПН-3	1994	1391				2011
51	Термостат электрический суховоздушный	ТС-80М-2	1991	8131			Май 2008	2011

Продолжение табл. 1.4

52	Аппарат для инактивирования сывороток	АИС	1977	44			Август 2008	2011
53	Микроскоп с конденсором темного поля	Биолам- И	1994	940090	РОСС LV МЕ01.В02507 2.06.07			2011
54	Шейкер	S-3.08 L	2004	41010				2011
55	Шкаф сушильно-стерилизационный	ШСС-80	1993	39312			Май 2888	2011
56	Стерилизатор паровой горизонтальный	ГК-100-3М	2002	867	РОСС RU ИМ10.В00597 19.01.08		Январь 2008	2011
Биохимическая лаборатория								
57	Анализатор биохимический полуавтомат	Screen master 3000	2000	90707	РОСС IT ИМО4.НО1908 26.04.01	2000/437 5.09.10	Самотестирующий	2011
58	Прибор для электрофореза	ПЭФ-3	1989	8993			Июнь 2008	2011
59	Прибор для электрофореза	ПЭФ-3	1990	9026			Июнь 2008	2011
60	Прибор для электрофореза	ПЭФ-3	1991	0095			Июнь 2008	2011
61	Центрифуга	ОПН-3	1994	1979				2011

Продолжение табл. 1.4

62	Центрифуга	ОПН-3	1986	8143				2011
63	Центрифуга	ОПН-8	1986	7343				2011
64	Центрифуга рефрижераторная	ЦЛР-1	1979	5054				2011
65	Термобаня	ТБ-110	1992	139			Май 2008	2011
66	Термобаня	ТБ-110	1987	38			Май 2008	2011
67	Весы торсионные	ВТ-500	1979	914			Апрель 2008	2011
68	Бидистиллятор	АСД-4	1992	608			–	2011
69	Спектрофотометр	СФ-26	1977	770114			Июнь 2008	2011
70	Фотометр	КФК-3	1993	9300839			Август 2008	2011
71	Микроколориметр	МКМФ-1	1989	358			–	2011
72	Колориметр	КФК-2	1989	8914868			Август 2007	2011
73	Шкаф сушильно-стерилизационный	ШСС-80	1993	30918			–	2011
Культуральная диагностика хламидий								
74	Шкаф ламинарный	САМПО ВЛ-12	2001	01350038				2011
75	Бокс абактериальный воздушной среды	БАВ «Ламинар»-с	2003	NXF0038				2011

Продолжение табл. 1.4

76	Центрифуга мультифункцио-нальная низкоскоростная	JOUAN B4i	2003	30309377				2011
77	Термостат суховоздушный	ТС-80М-2	1993	0172			Май 2008	2011
78	Микроскоп инвертированный	ВЛ-12 ЛОМО «Биолам»-П2-1	2005	ХА-0038			Август 2008	2012
79	Микроскоп МС 400А	«MICROS»	2004	07320		2004/180	Август 2008	2011
80	CO_2 инкубатор с редуктором	«SANYO» МСО-15АС	2002	10606464			Март 2008	2011
81	Морозильник сверхнизких температур	Sanyo MDF-U32V	2004	31011701		2004/1110		2011
ПЦР-лаборатория								
82	Амплификатор	Терцик ДНК-технология	1999	RS-232C				2011
83	Амплификатор	Терцик МС-2	2002	АЗР 520	РОСС ru ИМ 02.В094096 14.03.05	29/0702398/2001-1 31.03.08		2011
84	Амплификатор	Терцик ТП4-ПЦР-01	2004	АВЭД 07	РОСС ru ИМ 02.В094096 14.03.05			2011
85	Амплификатор	Терцик ТП4-ПЦР - 01	2007	АЗВ611	Не подлежит	022a20015195-06 31.03.08		2004

Продолжение табл. 1.4

86	Осветитель ультрафиолетовый (трансиллюминатор)	Лайттех-15-4 ЛТ	1999	990410				2011
87	Система для регистрации гелей	«Gel-Amager»	1999	CI-012				2011
88	Гельдокументирующая система с программным обеспечением Quantity One для документирования результатов ПЦР	GelDoc EQ System 220-240 V, PC |Mac 76S03340 BIO-RAD	2005	13001705	РОССс00054 № 482513	№ 2004/1246 76 S03340 11.10.14		2012
89	Шкаф ламинарный	САМПО ВЛ-12	2001	0175				2011
90	Ламинарный шкаф с вертикальным потоком воздуха	KOJAIR	2004	18225				2011
91	Весы аналитические	AU-264	2007	PRO AV 264c	23280 1.04.11		Находится на гарантийном обслуживании	2014
92	Источник тока для электрофореза	Эльф-2	1999	14				2011
93	Источник питания PS-400 «Эльф-4»	Эльф-4 400V	2006	E40806	Справка 101кс 2700	29/070204024003-02 23.04.12	Апрель 2008	2013
94	Камера для горизонтального электрофореза	Хеликон SE-2	2006	210706	Роос аи 11.СОО054	ФС № 2004/1246 11.10.14		2013

Продолжение табл. 1.4

95	Бокс для чистой работы с ДНК-пробами	ЦиклоТемп-501	1999	990610				2011
96	Микроцентрифуга-вортекс	CV-1500	1999	б/н				2011
97	Микроцентрифуга вортекс	Микроспин FV-2400	2006	500605048	РОСС IV АЯ46. B15021 13.02.08	2005/518 5.04.15		2013
98	Центрифуга Eppendorf MiniSpin	Eppendorf MiniSpin	2003	5452 18952	Справка 101кс	МЗ РФ № 2002/637		2011
99	Центрифуга	Eppendorf 5415D	2006	0074319	058	2002/637		2013
100	Микротермостат	Тс-205	1999	1018162 РОССR И.МЕ 24				2011
101	Твердотельный термостат	ГНОМ	2006	T1U 614				2013
Физиотерапевтическое оборудование								
102	Аппарат для ультразвуковой терапии	УЗТ-1.301. МедТеКо	2007	Р4948	РОСС RU. ИМ02.В14104 25.07.09	МЗРФ 29/06030403/5427-03 14.04.2013	Находится на гарантийном обслуживании	2014
103	Аппарат для н/ч магнитотерапии	ПОЛЮС-2	2007	5262	РОСС RU/ АИ16.В01201 13.07.08	МЗРФ 9/06020302/3836-02 31.12.2007	Находится на гарантийном обслуживании	2014

104	Облучатель	ОУГ-1	1989	4				2011
105	Облучатель	ОУГ-1	1989	3				2011
106	Озонатор медицинский	БМ-02	2003	3110257	РОСС RU.ME34. B1301551 14.06.05	МЗРФ 29/06091296/2758-01 09.12.2006	Март 2008	2011
107	Аппарат лазерный терапевтический	МУСТАНГ 2000-4	2007	2000UF806	РОСС RU. ИМ15.B01128 08.04.12	МЗРФ 29/06030402/4377-02 08.04.2012	Находится на гарантийном обслуживании	2014
Диагностическое оборудование								
Стационарное отделение								
108	Облучатель для диагностики грибковых поражений кожи	Сапфир	2008	2069	Росс RU.им04. H0635 от 05.06. 2010г.	№ 29/02060798/0571-00	Находится на гарантийном обслуживании	2015
109	Весы медицинские	РП-150	2006				Апрель 2008	2021
110	Аппарат для измерения артериального давления с фонендоскопом, (10 шт.)	ИАДМ-ОПМ	2004				Август 2008	2011

Продолжение табл. 1.4

111	Прибор для измерения артериального давления со стетоскопом (5 шт.)	LD-71	2007			МЗ РФ № 2003/239	Находится на гарантийном обслуживании	2014
112	Стетоскоп акушерский (1 шт.)		2001					2011
113	Уретроскоп	ЦИУС-ВС-01-КМП	1998	30003				2011
114	Светильник	СБПА 15	1989	84253				2011
115	Лампа ВУДА	HLL- 464	2005	9610637		МЗМПР № 98/622		2012
116	Интрамаг		1990	81				2011
117	Кресло гинекологическое (4 шт.)	ГК-3М	2004					2011
Амбулаторно-поликлиническое отделение								
118	Лампа осветительная	СМ-28	1998	61309				2011
119	Кольпоскоп	КС1-01	1991	176				2011
120	Уретроскоп	Мод. 513	1994	16494				2011
121	Светильник	СПБА 15	1993	84518				2011
122	Светильник	СПБА 15	1993	34241				2011
123	Светильник	СПБА 15	1993	24253				2011
124	Светильник	СПБА 15	1993	84252				2011
125	Лампа ВУДА	ОЛДД-01	2005					2011

Окончание табл. 1.4

126	Термостат	ТС-80 М-2	2001	0121			Май 2008	2011
127	Кресло гинекологическое (4 шт.)	ГК-3М	2004					2011
128	Кресло педикюрное с табуретом	6W-3663	2007	СК600026			Находится на гарантийном обслуживании	2014
129	Аппарат для измерения артериального давления и частоты пульса (4 шт.)	UA -705	2005		РОСС JP/ИМ04. В05735	МЗ РФ № 2004/67	Август 2008	2012
130	Стетоскоп акушерский (1 шт.)		2001					2011
131	Негатоскоп	Н-48 Э	2006					2016
132	Дерматоскоп	HEINE DELTA 20	2008				Находится на гарантийном обслуживании	2014
				Бактерицидные лампы				
133	Бактерицидная лампа	ОБН-150	2003 2006	21 шт. 41 шт.				2011 2013
134	Облучатель-рециркулятор (9 шт.)	ОРБН- «Мед-1»	2006		РОСС RU ИМ 02В14598	ФС № 022а2006/ 3972-06 01.11.2011	Находится на гарантийном обслуживании	2013

С 2009 г. планируется приближение высокотехнологичной медицинской помощи к нуждающимся пациентам, т. е. организация оказания данного вида специализированной помощи на базе региональных (областных, краевых) кожно-венерологических диспансеров при условии получения последними соответствующей лицензии.

В феврале 2008 г. ФГУ «УрНИИДВиИ Росмедтехнологий» получил лицензию № 99-01-005168 на оказание высокотехнологичной медицинской помощи (дерматовенерология и контроль качества медицинской помощи). При подготовке документации мы ориентировались на Методические рекомендации юридическим лицам при осуществлении работ (услуг) в части высокотехнологичной медицинской помощи по профилю «дерматовенерология», утвержденные заместителем министра здравоохранения социального развития Свердловской области Р. А. Хальфиным, согласованные с руководителем Федерального агентства по высокотехнологичной медицинской помощи И. И. Дедовым и руководителем Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития Н. В. Юргелем от 17 декабря 2007 г.

В качестве примера приводим Табель оснащенности высокотехнологичной медицинской помощи по профилю «дерматовенерология» (табл. 1.5).

При анализе показателей обеспеченности населения медицинскими работниками (фактическими лицами) на 10 тыс. населения и укомплектованности медицинскими работниками обращает на себя внимание сохраняющийся кадровый дефицит не только врачей и врачей-лаборантов, но и среднего медицинского персонала. Показатель обеспеченности населения врачами (фактическими лицами) на 10 тыс. населения в 2007 г. находится в диапазоне от 0,4 в Курганской области до 1,48 в Ямало-Ненецком АО; врачами-лаборантами – от 0,03 в Курганской области до 1,5 в Читинской области; лаборантами – от 0,03 в Курганской области до 5,6 в Республике Бурятия; медицинскими сестрами – от 0,2 в Свердловской области до 3,2 в Ямало-Ненецком АО (табл. 1.6). В 2007 г. показатель укомплектованности КВУ врачами ниже 80,0 % отмечен в 9 (37,5 %) субъектах Федерации; показатель укомплектованности врачами-лаборантами ниже 80,0 % – в 15 (62,5 %); лаборантами – в 11 (45,8 %); медицинскими сестрами – в 9 (37,5 %) (табл. 1.7).

Таблица 1.5

Табель оснащенности высокотехнологичной дерматовенерологической помощи ФГУ «УрНИИДВиИ Росмедтехнологий»

№ п/п	Наименование оборудования	Марка	Год изготов-ления	Заводской номер	Сертификат соответствия	Регистрационное удостоверение	Срок поверки	Год, до которого находится на гарантии (сервисном обслуживании)
Физиотерапевтическое оборудование								
1	Установка фототерапевтическая	WALDMAN UV 1000K	2007	14037-07	РОСС DE/ ИМ04.В06279 22.05.08	МЗМПР № 98/621	Находится на гарантийном обслуживании	2014
2	Аппарат для локальной ПУВА и СФТ-терапии	PUVA-180	2007			МЗМПР № 98/648	Находится на гарантийном обслуживании	2014
3	Аппарат для локальной ПУВА и СФТ-терапии	PUVA-200	2008			МЗМПР № 98/648	Находится на гарантийном обслуживании	2015
Кабинет врача-дерматовенеролога								
4	Прибор для измерения артериального давления со стетоскопом (5 шт.)	LD-71	2007		№ РОСС sg. ИМ02.В13761	МЗ РФ № 2003/239	Находится на гарантийном обслуживании	2014

Продолжение табл 1.5

5	Облучатель-рециркулятор УФ-бактерицидный настенный (5 шт.)	ОРБН-«Мед-1»	2007			ФС № 022а2006/397 2-06	Находится на гарантийном обслуживании	2013
Клинико-диагностическая лаборатория								
6	Автоматический гематологический анализатор	ABX Micros 60-CT/OT18 параметров	2005	510 OT 78973	Справка 101 кс 2177	ФС № 2006/918 24.01.15	Само-тестирующий	2012
7	Гемоглобинометр фотометрический портативный	АГФ-03-1МИНИГЕМ 540	2002	4930	Справка 101 кс 066	ФС 022а/3150/0967-04 27.12.09	Ноябрь 2008	2011
8	Анализатор мочи	CLINITEK 50 Bayer	2002	6510A 159980	Справка 1105	МЗРФ № 2004/360	Само-тестирующий	2011
Биохимическая лаборатория								
9	Анализатор биохимический полуавтомат	Screen master 3000	2000	90707	РОСС IT ИМО4.НО198 26.04.01	2000/437 5.09.10	Само-тестирующий	2011
Лаборатория клинической микробиологии								
10	Система микробиологической идентификации энтеро/неферментирующих, анаэробных, грамположительных, нейссерий/гемофильных микроорганизмов	BD BBL Cristal AutoReader	2006	MB1G6147		ФС № 2006/746		2013

Продолжение табл 1.5

11	Центрифуга медицинская лабораторная для автоматической подготовки и окрашивания клеточных препаратов	7320 Wescor Inc.	2007	7320071111	РОСС US.AE68B12302 27.03.10	ФС 2004/1533 2.12.14	Находится на гарантийном обслуживании	2014
12	Микроскоп биологический (операционный)	Leica MZ16	2007	5521800	РОСС CP.UM2H12667 11.04.08	2005/312 1.03.15	Август 2008	2014
Иммунологическая лаборатория								
13	Проточный цитофлюориметр	EPICS XL	2008			МЗРФ № 2003/850 04.06.13	Находится на гарантийном обслуживании	2013
14	Шкаф ламинарный	САМПО ВЛ-12	2001	173				2011
15	Центрифуга Ahdreas HettichGmbH	Д78532	2007	0002350	Справка 101 кс 13727	2006/470 13.04.16	Находится на гарантийном обслуживании	2012
16	Центрифуга	FV-2400	2005	50060 5026	A9460 B15021	2005/518 5.04.15		2011
17	Микроскоп	Micros MC400	2005	004203	Справка 101 кс769	2004/180 5.03.14	Август 2008	2012
18	Микроскоп иммунофлюоресцентный	Микмед2	2005	XK0612	РОСС. RU.UM02. B087210 12.04.04	29/07060996/ 0778-00	Август 2008	2011

Окончание табл. 1.5

19	Шейкер	Sky Line ST-3	2003	33256	РОСС LV ME01. B02507 2.06.07	96/636		2011
20	Аквадистиллятор	АДЭа-25	2006	318				2013
21	Инкубатор и шейкер	Stat Fax 2200	2000	34990				2011
22	Фотометр планшетный	StatFax 2100	2001	2100-3501	РОСС R4/UM02B12195 27.10.05	2004/1258	Ноябрь 2008	2011
23	Фотометр цифровой	АР-101	2003	100753			Август 2008	2011
24	Морозильник медицинский (–80 °С) вертикальный с технологией вакуумной изоляции	Sanyo MDF-432V	2005	SN 3040492		2004/1110 16.09.14		2011
Кабинет ультразвуковой диагностики								
25	УЗИ РТ-Х200	Р 66 Е		1995	36006710		Акт обследования от ПТП «Медтехника»	2009
26	Аппарат УЗИ	Philips SONO DIAGNOST		1994	52700035		Акт обследования от ПТП «Медтехника»	2009
27	Измеритель артериального давления	LD-71	2007			МЗ РФ № 2003/239	Находится на гарантийном обслуживании	2014

Таблица 1.6

Обеспеченность населения медицинскими работниками в территориях Уральского, Сибирского, Дальневосточного и Приволжского федеральных округов

Субъекты Федерации	Обеспеченность населения медицинскими работниками (фактическими лицами) на 10 тыс. населения							
	врачами		врачами-лаборантами		лаборантами		медицинскими сестрами	
	2006	2007	2006	2007	2006	2007	2006	2007
Уральский федеральный округ								
Курганская область	0,50	0,40	0,03	0,03	0,03	0,03	0,50	0,50
Челябинская область	0,51	0,49	0,12	0,12	0,17	0,18	0,66	0,60
Свердловская область	0,67	0,67	0,59	0,61	2,45	2,52	0,25	0,23
Тюменская область	0,90	0,80	0,90	1,00	0,98	0,98	1,13	1,13
Ямало-Ненецкий АО	1,48	1,48	0,24	0,24	0,49	0,49	3,20	3,20
Сибирский федеральный округ								
Алтайский край	0,50	0,50	1,30	1,30	3,30	2,90	0,62	0,60
Кемеровская область	0,53	0,50	0,09	0,09	0,30	0,30	0,90	0,90
Республика Бурятия	0,69	0,65	1,40	1,40	6,10	5,60		
Омская область	0,60	0,60	0,14	0,14	0,35	0,35	0,87	0,87

Окончание табл. 1.6

Иркутская область	0,50	0,50	0,10	0,10	0,20	0,20	0,80	0,80
Республика Хакасия	0,46	0,47	0,02	0,04	0,15	0,15	0,73	0,73
Республика Алтай	0,48	0,58	1,50	1,46	нд	нд	1,20	1,20
Читинская область	0,90	1,01	1,50	1,50	0,60	0,60	0,62	0,66
Красноярский край	0,60	0,70	0,10	0,07	2,40	2,30	0,80	1,00
Дальневосточный федеральный округ								
Магаданская область	0,95	0,96	0,59	0,60	2,25	2,17	1,90	1,87
Сахалинская область	0,70	0,70	0,17	0,16	0,86	0,86	1,40	1,50
Еврейская АО	1,20	1,10	0,40	0,40	1,50	1,50	0,74	0,74
Республика Саха	0,80	0,80	0,70	0,70	1,70	1,70	1,00	1,00
Камчатский край	0,70	0,60	0,44	0,80	0,14	0,14	0,77	0,74
Приморский край	0,70	0,70	0,50	0,50	1,10	1,10	0,68	0,64
Амурская область	1,10	1,10	0,33	0,28	0,72	0,73	1,10	0,80
Хабаровский край	0,60	0,60	0,19	0,20	0,35	0,32	1,10	0,90
Приволжский федеральный округ								
Пермский край	0,60	0,60	0,30	0,30	0,80	0,80	1,30	1,20
Республика Башкортостан	0,70	0,70	0,10	0,10	0,20	0,20	0,80	0,80

Таблица 1.7

Укомплектованность КВУ медицинскими работниками в территориях Уральского, Сибирского, Дальневосточного и Приволжского федеральных округов

Субъекты Федерации	Обеспеченность населения медицинскими работниками (фактическими лицами) на 10 тыс. населения							
	врачами		врачами-лаборантами		лаборантами		медицинскими сестрами	
	2006	2007	2006	2007	2006	2007	2006	2007
Уральский федеральный округ								
Курганская область	94,1	92,3	38,0	38,0	78,5	78,5	79,0	79,0
Ямало-Ненецкий АО	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	92,0	92,0
Челябинская область	68,5	71,6	51,6	53,7	33,9	35,7	55,2	44,9
Свердловская область	68,0	65,0	65,6	66,0	81,5	82,0	69,0	69,0
Тюменская область	98,0	98,0	97,9	97,8	98,6	97,8	97,1	97,5
Сибирский федеральный округ								
Алтайский край	81,0	82,0	96,0	96,0	нд	96,0	нд	99,0
Кемеровская область	63,1	61,2	48,0	48,0	55,0	57,0	68,0	69,0
Республика Бурятия	81,6	83,8	89,5	86,3	94,4	93,8	93,9	94,1
Омская область	70,0	69,0	73,0	79,0	100,0	99,0	79,0	77,0

Окончание табл. 1.7

Иркутская область	89,0	92,0	62,0	64,0	78,0	81,0	96,0	97,0
Республика Хакасия	78,6	75,0	100,0	100,0	82,0	82,0	65,0	65,0
Республика Алтай	97,0	97,0	98,2	98,8	нд	нд	100,0	100,0
Читинская область	100,0	100,0	50,0	51,0	62,0	70,3	82,4	86,0
Красноярский край	75,0	70,0	67,2	67,0	68,3	71,0	76,0	76,0
Дальневосточный федеральный округ								
Магаданская область	79,0	79,0	64,5	64,5	63,6	60,2	86,5	83,8
Сахалинская область	67,9	76,8	44,4	44,4	58,1	58,1	79,1	82,1
Еврейская АО	65,0	60,0	44,0	44,0	85,0	85,0	84,0	84,0
Республика Саха	86,0	89,0	97,0	97,0	90,0	90,0	92,0	92,0
Камчатский край	70,2	85,9	93,3	93,3	50,9	69,0	80,0	78,1
Приморский край	95,9	93,5	65,0	66,0	69,0	76,0	68,4	64,9
Амурская область	91,3	98,5	64,6	59,0	60,0	65,0	95,8	93,4
Хабаровский край	97,2	97,2	54,0	57,0	60,0	59,0	82,0	80,0
Приволжский федеральный округ								
Пермский край	94,2	94,7	89,1	88,2	90,4	92,1	97,9	98,1
Республика Башкортостан	90,5	92,8	59,3	60,4	98,5	98,9	96,2	97,6

Таблица 1.8

Удельный вес медицинских работников КВУ Уральского, Сибирского, Дальневосточного и Приволжского федеральных округов, прошедших обучение на факультете усовершенствования в течение последних 5 лет

Субъекты Федерации	Удельный вес медицинских работников, прошедших обучение, %							
	врачей		врачей-лаборантов		лаборантов		медицинских сестер	
	2006	2007	2006	2007	2006	2007	2006	2007
Уральский федеральный округ								
Курганская область	93,6	97,5	100,0	100,0	87,5	87,5	99,0	99,0
Ямало-Ненецкий АО	100,0	100,0	нд	нд	нд	нд	нд	нд
Челябинская область	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Свердловская область	78,0	79,0	88,4	90,6	91,1	91,3	80,0	80,0
Тюменская область	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Сибирский федеральный округ								
Алтайский край	82,0	87,0	68,0	80,0	нд	нд	нд	нд
Кемеровская область	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Омская область	75,8	69,5	87,7	88,4	68,2	70,5	68,0	68,3
Республика Бурятия								

Окончание табл. 1.8

Иркутская область	100,0	100,0	100,0	100,0	86,6	86,6	78,0	78,0
Республика Хакасия	нд	нд	нд	нд	нд	нд	нд	нд
Республика Алтай	90,0	75,0	95,0	94,0	нд	нд	100,0	100,0
Читинская область	96,0	97,3	85,0	91,0	87,0	91,0	77,0	81,4
Красноярский край	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Дальневосточный федеральный округ								
Магаданская область	95,2	95,0	100,0	100,0	100,0	100,0	91,2	92,3
Сахалинская область	100,0	94,0	100,0	100,0	73,7	75,0	93,7	93,5
Еврейская АО	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	96,0
Республика Саха	98,0	98,0	97,0	97,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Камчатский край	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	96,0	96,0
Приморский край	99,3	99,8	100,0	100,0	79,0	64,3	92,5	96,6
Амурская область	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	85,7	93,4
Хабаровский край								
Приволжский федеральный округ								
Пермский край	93,7	94,2	91,1	93,2	91,4	91,1	97,1	97,6
Республика Башкортостан	96,8	97,2	94,2	95,8	88,7	88,9	94,2	94,8

Таблица 1.9

Удельный вес аттестованных медицинских работников КВУ Уральского, Сибирского, Дальневосточного и Приволжского федеральных округов

Субъекты Федерации	Удельный вес аттестованных медицинских работников, прошедших обучение, %							
	врачами		врачами-лаборантами		лаборантами		медицинскими сестрами	
	2006	2007	2006	2007	2006	2007	2006	2007
Уральский федеральный округ								
Курганская область	72,3	80,0	100,0	100,0	62,5	75,0	73,0	73,0
Ямало-Ненецкий АО	71,4	57,1	100,0	100,0	нд	нд	92,0	92,0
Челябинская область	30,9	30,1	15,4	7,7	89,4	85,0	46,6	60,3
Свердловская область	53,1	58,4	74,2	75,0	84,0	85,0	86,0	83,0
Тюменская область	88,7	89,7	100,0	73,7	76,5	73,7	74,1	82,4
Сибирский федеральный округ								
Алтайский край	51,3	54,0	нд	нд	60,0	57,0	52,0	54,0
Кемеровская область	54,8	55,7	80,0	82,3	76,0	76,6	89,0	89,2
Республика Бурятия	63,0	62,0	73,0	77,0	52,0	56,0	80,0	76,0
Омская область	88,7	85,5	87,7	88,4	68,2	70,5	68,0	68,3

Окончание табл. 1.9

Иркутская область	76,0	75,0	41,0	57,0	50,0	50,0	52,0	55,0
Республика Хакасия	81,5	81,5	50,0	50,0	75,0	100,0	90,5	90,5
Республика Алтай	90,0	75,0	48,0	60,0	нд	нд	100,0	100,0
Читинская область	75,0	97,3	75,0	73,7	61,0	59,5	81,4	86,4
Красноярский край	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Дальневосточный федеральный округ								
Магаданская область	50,0	47,4	100,0	100,0	88,9	88,9	20,8	20,8
Сахалинская область	62,5	62,5	70,0	70,0	71,0	72,2	75,0	80,6
Еврейская АО	79,0	85,0	71,0	71,0	89,0	89,0	100,0	96,0
Республика Саха	64,0	66,0	63,0	67,0	52,0	52,0	63,0	64,0
Камчатский край		40,0	66,0	66,0	50,0	80,0	37,5	39,2
Приморский край	59,1	64,8	72,8	72,8	43,5	31,5	50,0	50,0
Амурская область	66,3	60,4	96,0	97,0	87,5	88,9	78,5	88,6
Хабаровский край	48,8	66,0	45,0	42,0	20,0	18,0	30,0	30,0
Приволжский федеральный округ								
Пермский край	76,7	72,1	88,9	90,9	87,0	85,4	97,1	97,6
Республика Башкортостан	60,1	57,2	70,0	72,9	67,5	67,7	94,2	94,8

В 2006 г. лишь в 10 (41,7 %), а в 2007 г. в 9 (37,5 %) субъектах Федерации 100,0 % врачей обучались на факультете усовершенствования в течение последних пяти лет; врачи-лаборанты – в 9 (37,5 %) территориях в 2006 и 2007 гг.; лаборанты – в 7 (21,2 %) территориях, медицинские сестры – в 5 (20,8 %) в 2006 г., а в 2007 г. – в 4 (16,7 %) (табл. 1.8).

29,0 % опрошенных врачей знают, что существует такое понятие, как «медицинская технология», из них лишь 8,0 % четко представляют роль медицинских технологий в организации специализированной помощи на современном этапе, 75,0 % врачей под медицинской технологией понимают стандарты медицинской помощи. В 88,0 % КВУ на июль 2008 г. используются не утвержденные в соответствии с действующим законодательством медицинские технологии. Лишь в 12,0 % КВУ данные о медицинских технологиях доступны для пациентов (существует стенд с данной информацией).

Таким образом, анализ показал, что в большинстве КВУ Урала, Сибири и Дальнего Востока отмечается недопонимание или недостаточная осведомленность не только врачей, но и руководителей КВУ по вопросам необходимости применения медицинских технологий, утвержденных в соответствии с действующим законодательством, а также о последствиях использования неразрешенных технологий. С целью устранения данного недостатка в подразд. 1.2. описана роль медицинских (диагностических и лечебных) технологий в организации специализированной помощи населению.

1.2. МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ КАК СОСТАВЛЯЮЩАЯ ЛИЦЕНЗИОННЫХ ТРЕБОВАНИЙ К СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

1.2.1. Медицинские (диагностические) технологии

В соответствии с пп. *е* п. 5 Положения о лицензировании медицин- ской деятельности и Приказом Минздравсоцразвития № 469 от 05.03.2007 г. обязательным лицензионным требованием и условием при осуществлении медицинской деятельности является «…соблюдение лицензиатом медицинских технологий, разрешенных к применению в порядке, установленном законодательством Российской Федерации. Гражданская ответственность для медицинского персонала может наступить при причинении вреда здоровью ненадлежащим выполнением медицинской технологии или бездействием» (ст. 737, 739, 503, 783, 1099 ГК РФ). В

соответствии с Основами законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан, действующими с 1993 г., включая последнюю редакцию Федерального закона от 22.08.2004 г. № 122-ФЗ (ст. 5, 43), все используемые методы профилактики, диагностики, лечения, медицинские технологии, а также средства для их осуществления должны быть разрешены к применению в установленном порядке.

Медицинские технологии (совокупность методов лечения, диагностики, профилактики, реабилитации и средств (лекарственных, технических), с помощью которых осуществляются данные методы) на протяжении более 30 лет утверждались и вносились в Реестр медицинских технологий (регистрировались) Минздравом России в форме методических рекомендаций и пособий для врачей (срок действия данных разрешительных документов истекает спустя 5 лет после их официального утверждения). С июля 2004 г. в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации № 323 от 30.06.2004 г. «Об утверждении Положения о Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения и социального развития» эта функция передана Росздравнадзору. Подтверждением факта разрешения к применению в медицинской практике той или иной медицинской технологии является наличие соответствующего регистрационного удостоверения Росздравнадзора. Выдача разрешений на применение медицинских технологий регламентирована положением о Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения и социального развития (утверждено постановлением Правительства Российской Федерации № 323 от 30.06.2004 г. (Собрание законодательства Российской Федерации. 2004. № 28. Ст. 2900), п. 5.3.2.1; Приказом Минздравсоцразвития России № 346 от 31.12.2004 г. «Об организации выдачи разрешений на применение медицинских технологий» (зарегистрирован Минюстом 10.02.2005 г., регистрационный № 6217).

Приказом Минздравсоцразвития № 488 от 20.07.2007 г. утвержден Административный регламент Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития по исполнению государственной функции по выдаче разрешений на применение новых медицинских технологий, разработанный на основе Федерального закона от 14.07.2001 г. № 134-ФЗ «О защите прав юридических лиц и индивидуальных предпринимателей при проведении государственного контроля (надзора)» (Собрание законодательства Российской Федерации. 2005. 13 авг. № 33 (ч. I). Ст. 3436); Постановления Правительства Российской Федерации от 11.11.2005 г. № 679 «О порядке разработки и утверждения административных регламентов исполнения государственных функций и административных регламентов предоставления государственных услуг» (Собрание законодательства Российской Федерации. 2005. 21 нояб. № 47. Ст. 4933); и в пределах полномочий, установленных Положением о Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения и социального развития, ут-

вержденным Постановлением Правительства Российской Федерации от 30.06.2004 г. № 323 (Собрание законодательства Российской Федерации. 2004. № 28. Ст. 2900; № 33. Ст. 3499; 2006. № 52 (III ч.). Ст. 5587).

Таким образом, с августа 2007 г. (регламент утвержден Минюстом РФ № 9938 от 07.08.2007 г.) выдача разрешений на применение новых медицинских технологий представляет собой государственную контрольно-надзорную функцию, исполняемую Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и социального развития с целью допуска новых медицинских технологий к медицинскому применению на территории Российской Федерации. Документом, подтверждающим факт разрешения на применение новой медицинской технологии, является разрешение, подписанное руководителем Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития. Разрешение на применение новой медицинской технологии готовится на официальном бланке Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития и должно содержать в себе следующие сведения: дату и номер разрешения; название новой медицинской технологии; наименование и адреса мест осуществления деятельности лиц, на имя которых выдано разрешение на применение новой медицинской технологии; материально-техническое обеспечение новой медицинской технологии; описание медицинской технологии; показания к использованию новой медицинской технологии; противопоказания к использованию новой медицинской технологии; возможные осложнения при использовании новой медицинской технологии и способы их устранения; эффективность использования медицинской технологии.

Методы и средства, применяемые в новых медицинских технологиях, могут включать в себя использование лекарственных средств и изделий медицинского назначения при условии, что они зарегистрированы в установленном порядке в Российской Федерации и используются в строгом соответствии с утвержденными при регистрации инструкциями по медицинскому применению. Использование в новых медицинских технологиях зарегистрированных в Российской Федерации лекарственных средств и/или изделий медицинского назначения с отклонениями от инструкций по медицинскому применению не допускается.

Учреждения, участвующие в выполнении государственного задания на оказание специализированной медицинской помощи, должны иметь не только оптимальный материально-технический и кадровый потенциал, но и документы, разрешающие к применению современные медицинские технологии по определенным приказом Минздравсоцразвития РФ от 07.05.2007 г. № 320 профилям деятельности.

Несмотря на то что действующие нормативно-правовые акты в сфере применения новых медицинских технологий находятся в свободном ин-

формационном доступе (опубликованы в СМИ, размещены в Интернете, на сайте Росздравнадзора), рассылаются в учреждения с соответствующими письмами, озвучиваются на совещаниях и конференциях, отмечается недопонимание или недостаточная осведомленность как по вопросам необходимости получения разрешения на применение новых медицинских технологий, так и о последствиях использования неразрешенных технологий.

В каждом КВУ должна иметься и находиться на видном и доступном месте заверенная копия регистрационного удостоверения или разрешения на медицинскую технологию с приложениями и полным ее описанием. Гражданская ответственность для медицинского персонала может наступить при причинении вреда здоровью вследствие недостоверной или недостаточной информации о медицинской услуге (ст. 732 ГК РФ). Публикация сведений о выданных разрешениях на применение новых медицинских технологий осуществляется Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и социального развития ежемесячно на официальном сайте www.roszdravnadzor.ru. В соответствии с п. 3.7.4. Административного регламента на официальном сайте в открытом доступе должны размещаться и ежемесячно обновляться следующие сведения из электронной базы данных выданных разрешений на применение новых медицинских технологий: наименование, организационно-правовая форма и местонахождение лиц, на имя которых выдано разрешение на применение новой медицинской технологии; номер разрешения на применение новой медицинской технологии; сведения о приостановлении решений о выдаче разрешения на применение новой медицинской технологии и об отзыве разрешений.

В качестве примеров приводим ряд утвержденных в соответствии с действующим законодательством медицинских технологий и разбор их практического применения.

Одной из легитимных форм утвержденных медицинских технологий, как указывалось ранее, является регистрационное удостоверение (рис. 1.1).

При формировании и внедрении в работу КВУ перечня разрешенных технологий необходимо обращать внимание на номер регистрационного удостоверения (рис. 1.1, п. 1) (он должен совпадать с номером на полном описании технологии); срок действия регистрационного удостоверения (рис. 1.1, п. 2); масштаб использования и предназначение медицинской технологии (наиболее частой практической ошибкой дерматовенерологов является применение технологий, рекомендованных для врачей первичного звена (участковых, врачей общей практики и т. д.). Как видно из рис. 1.1, пп. 3, 4, необходимо использовать только технологии, предназначенные для врачей-дерматовенерологов (или врачей-лаборантов КВУ) и для работы в специализированных дерматовенерологических учреждениях. Особо необходимо обратить внимание на приложение к регистрационно-



ФЕДЕРАЛЬНАЯ СЛУЖБА ПО НАДЗОРУ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ

РЕГИСТРАЦИОННОЕ УДОСТОВЕРЕНИЕ

№ ФС-2006/033 от «17» марта 2006 г.

Действительно до «17» марта 2016 г.

Название медицинской технологии:

СПОСОБ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ *IN VITRO* СЕРОЛОГИЧЕСКОЙ ПОЗИТИВНОСТИ ПРИ СКРЫТОМ СИФИЛИСЕ И ЛОЖНОПОЛОЖИТЕЛЬНЫХ РЕАКЦИЯХ НА СИФИЛИС, ОБУСЛОВЛЕННЫХ АНТИФОСФОЛИПИДНЫМ СИНДРОМОМ

Аннотация:

Представлен алгоритм дифференциальной диагностики скрытого сифилиса и хронических ложноположительных серологических реакций на сифилис. Предложен дополнительный дифференциально-диагностический критерий ложноположительных реакций на сифилис, обусловленных антифосфолипидным синдромом.

Патент на изобретение № 2206094 от 10.06.2003 г. «Способ диагностики *in vitro* ложноположительных реакций на сифилис, обусловленных антифосфолипидным синдромом».

*Показания, противопоказания и материально-техническое оснащение изложены в приложении.

Разработчики:

ФГУ Уральский научно-исследовательский институт дерматологии и иммунопатологии Росздрава (620076, г. Екатеринбург, ул. Щербакова, 8); **ФГУ Уральская государственная медицинская академия Росздрава** (620219, г. Екатеринбург, ул. Репина, 3)

Медицинская технология предназначена для врачей-дерматовенерологов и врачей-лаборантов, занимающихся диагностикой сифилиса.

Масштаб использования: специализированные дерматовенерологические учреждения.

**Руководитель
Федеральной службы** Р.У.Хабриев

(подпись, печать)

*Регистрационное удостоверение без приложения недействительно

ФЕДЕРАЛЬНАЯ СЛУЖБА ПО НАДЗОРУ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ

**ПРИЛОЖЕНИЕ
К РЕГИСТРАЦИОННОМУ УДОСТОВЕРЕНИЮ**

№ ФС-2006/033 от «17» марта 2006 г.

Название медицинской технологии:

СПОСОБ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ *IN VITRO* СЕРОЛОГИЧЕСКОЙ ПОЗИТИВНОСТИ ПРИ СКРЫТОМ СИФИЛИСЕ И ЛОЖНОПОЛОЖИТЕЛЬНЫХ РЕАКЦИЯХ НА СИФИЛИС, ОБУСЛОВЛЕННЫХ АНТИФОСФОЛИПИДНЫМ СИНДРОМОМ

Показания:

При выявлении положительных результатов серологических реакций на сифилис у лиц, не имеющих клинических проявлений сифилиса, признаков разрешившихся специфических элементов, при отрицательных данных конфронтации.

Противопоказаний к применению медицинской технологии нет.

Ограничения применения: анамнестические указания на перенесенный и пролеченный сифилис.

Материально-техническое обеспечение медицинской технологии:

Серологические реакции на сифилис (РСКк, РСКт, МР, РИБТ, РИФабс, РПГА, ИФА) проводятся стандартными методами в соответствии с приказом Минздрава России № 87 «О совершенствовании серологической диагностики сифилиса».

**Руководитель
Федеральной службы** Р.У.Хабриев

(подпись, печать)

Рис. 1.1. Регистрационное удостоверение на медицинскую технологию № ФС-2006/033 от 17 марта 2006 г. с приложением

му удостоверению, где кроме показаний и противопоказаний указывается материально-техническое обеспечение медицинской технологии (рис. 1.1, п. 5).

Мы ранее отмечали, что в определении «специализированная медицинская помощь» есть указание на «специальные методы диагностики» и «специальные методы лечения». До настоящего времени нет ни федерального перечня данных «специальных методов», ни федерального табеля оснащенности специализированных КВУ. Анализ содержания пп. 3, 4 и 5 рис. 1.1 позволит восполнить имеющийся недостаток при формировании табеля оснащенности КВУ.

Учитывая, что полное описание технологии «Способ дифференциальной диагностики in vitro серологической позитивности при скрытом сифилисе и ложноположительных реакциях на сифилис, обусловленных антифосфолипидным синдромом» (№ ФС-2006/033 от 17 марта 2006 г.) уже нами публиковалось (см.: Организационно-процессуальные аспекты оказания дерматовенерологической помощи в условиях реформирования здравоохранения / Н. В. Кунгуров, Н. В. Зильберберг. Екатеринбург: Изд-во Урал. ун-та, 2007), приводим лишь один ее раздел – «Материально-техническое обеспечение медицинской технологии».

Серологические реакции на сифилис (РСКк, РСКт, МР, РИБТ, РИФабс, РПГА, ИФА) проводят стандартными методами, описанными в Приказе № 87 Минздрава России от 26 марта 2001 г. «О совершенствовании серологической диагностики сифилиса».

Материально-техническое обеспечение метода «Микрореакция преципитации с кардиолипиновым антигеном (МР)»*

Оборудование для взятия крови и постановки МР:

- капиллярные пипетки аппарата Панченкова;
- градуированные пипетки 1, 2, 5 и 10 мл;
- автоматические пипетки на 20–200 мкл;
- наконечники для автоматических пипеток;
- пробирки длиной 8–10 и 14–15 см, диаметром 1–1,5 см или центрифужные;
- пластинки из прозрачного материала с лунками диаметром 1–1,2 см, глубиной не менее 0,5 см;
- иглы для взятия крови из пальца и вены, шприцы;
- центрифуга, дающая не менее 1000 об/мин;
- аппарат для встряхивания;
- стерилизатор для кипячения игл, шприцов, инструментов.

Ингредиенты для МР:

- антиген кардиолипиновый для микрореакции;
- холин-хлорид (включается в упаковку с антигеном);

* Здесь и далее звездочкой помечен текст из Приказа № 87 Минздрава России от 26 марта 2001 г. «О совершенствовании серологической диагностики сифилиса».

– натрий хлорид х. ч.;
– натрий лимоннокислый (цитрат натрия) трехзамещенный $Na_3C_6H_5O_7$ $5H_2O$;
– мертиолат $C_9H_9O_2SNaHg$.

Растворы:
– изотонический раствор натрия хлорида 0,9 %;
– 10 % раствор холин-хлорида;
– 5 % раствор трехзамещенного цитрата натрия, готовится на дистиллированной воде, фильтруется. Хранится в холодильнике при 4 ^{0}С в течение 5–6 дней.

Материально-техническое обеспечение метода «Иммуноферментный анализ»*

Лаборатории, в которых осуществляется постановка ИФА, должны быть укомплектованы:
– набором автоматических пипеток (микродозаторов), который включает в себя одноканальные пипетки переменного объема, рассчитанные на дозирование 5–40, 40–200 и 200–1000 мкл жидкости, а также 8-канальные пипетки переменного объема на 5–50 (при использовании тест-систем с рабочим разведением образцов 1:100 и 1:200) и 50–300 мкл;
– набором мерной химической посуды;
– термостатом, рассчитанным на поддержание температуры 37 ^{o}С;
– дистиллятором лабораторным для получения дистиллированной воды;
– спектрофотометром планшетным;
– холодильником;
– рН-метром.

Среди отечественных ИФА тест-систем для выявления сифилитических антител, рекомендованных Министерством здравоохранения РФ к применению в медицинской практике, имеются лизатные рекомбинантные и пептидные.

1. Тест-система иммуноферментная для выявления антител к *Treponema pallidum* в сыворотке или плазме крови человека «РекомбиБест антипаллидум» и «РекомбиБест антипаллидум-стрип». Разработчик ЗАО «Вектор-Бест». Назначение – выявление специфических IgG.

2. Тест-система иммуноферментная для выявления антител к *Treponema pallidum* в сыворотке или плазме крови человека «РекомбиБест антипаллидум-суммарные антитела». Разработчик ЗАО «Вектор-Бест». Назначение – выявление специфических IgM и IgG.

3. Тест-система иммуноферментная для выявления антител к возбудителю сифилиса «ИФА-АНТИ-LUIS». Разработчик НПО «Диагностические системы». Назначение – выявление специфических IgG.

4. Тест-система иммуноферментная для выявления антител к возбудителю сифилиса (*Treponema pallidum*) на основе рекомбинантных белков. Разработчик БТК «Биосервис». Назначение – выявление специфических IgG.

5. Тест-система иммуноферментная для выявления IgM и IgG антител человека к антигенам *Treponema pallidum* («ЛюисСкрин»). Разработчик ЗАО «Ниармедик» и АЗОТ «Диаклон». Назначение – выявление специфических IgM и IgG.

6. Тест-система иммуноферментная для выявления антител к возбудителю сифилиса («ЭКОлаб-антипаллидум-скрин»). Разработчик ТОО «ЭКОлаб». Назначение – выявление специфических IgG.

7. Тест-система иммуноферментная для выявления антител к возбудителю сифилиса («ИФА-анти-трепонема»). Разработчик ЗАО «Вектор-Майстар». Назначение – выявление специфических IgG.

8. Тест-система иммуноферментная для качественного выявления антител к возбудителю сифилиса в сыворотке крови человека («АТ-Треп.-ИФТС»). Разработчик ГП «Аллерген». Назначение – выявление специфических IgM и IgG.

9. Тест-система иммуноферментная для выявления антител к возбудителю сифилиса *Treponema pallidum* (Сиф-Ат-№ 1, 2). Разработчик ТОО НИИ «Аквапласт». Назначение – выявление специфических IgM и IgG.

10. Тест-система иммуноферментная для выявления суммарных антител к возбудителю сифилиса («ИФАанти-СИФ»). Разработчик НПК «Препарат». Назначение – выявление специфических IgM и IgG.

Иммуноферментные тест-системы для диагностики сифилиса выпускаются в виде многокомпонентных наборов, содержащих все реагенты, необходимые для проведения реакции, и инструкцию по их применению.

Для **ликвородиагностики сифилиса*** могут быть использованы отечественные тест-системы ИФА, предназначенные для выявления иммуноглобулинов класса О и работающие по первой схеме проведения реакции. В настоящее время такими тест-системами являются:

1. Тест-система иммуноферментная для выявления антител к *Treponema pallidum* в сыворотке или плазме крови человека «РекомбиБест антипаллидум» и «РекомбиБест антипаллидум-стрип». Разработчик ЗАО «Вектор-Бест».

2. Тест-система иммуноферментная для выявления антител к возбудителю сифилиса «ИФА-АНТИ-LUIS». Разработчик НПО «Диагностические системы». Назначение – выявление специфических IgG.

3. Тест-система иммуноферментная для выявления антител к возбудителю сифилиса *Treponema pallidum* на основе рекомбинантных белков. Разработчик БТК «Биосервис».

Материально-техническое обеспечение метода «Реакция пассивной гемагглютинации (РПГА)»

Для постановки РПГА в лаборатории должно быть следующее оборудование: полистироловые пластины, микротитраторы типа «Такаччи», холодильник, центрифуга, термостат (+ 37 °С), пипетки-дозаторы и градуированные пипетки, лабораторная посуда и pH-метр.

Тест-система для постановки реакции пассивной гемагглютинации с определением титра противосифилитических антител («TPHA 500» BIORAD, Франция).

Материально-техническое обеспечение метода «Реакция иммунофлюоресценции (РИФ)»:

– люминесцентный микроскоп с ртутно-кварцевой лампой ДРШ-250;

– термостат;

– инактиватор.

Тест-система для выявления антител к *Treponema pallidum* в сыворотке крови человека методом иммунофлюоресценции («Люми Бест антипаллидум»). Разработчик ЗАО «Вектор-Бест».

Для определения антител к β2-гликопротеину-I изотипов IgG и IgM используют тест-системы Anti-β2-Glycoprotein-I производства ORGenTec Diagnostika методом ИФА (номер госрегистрации 98/1489 от 27.10.1998 г.).

На рис. 1.2 представлено Разрешение на применение новой медицинской технологии **«Дифференциальная диагностика эритродермической формы грибовидного микоза и других эритродермий»** (ФС № 2008/125 от 19 июня 2008 г.).

Эта новая (с 07.08.2007 г.) форма разрешения к применению медицинских технологий в порядке, установленном законодательством РФ, стала бессрочной и не имеет приложения. Материально-техническое обеспечение, как и другие положения медицинской технологии, содержатся в полнотекстовом варианте самой технологии, который приводится нами в данной главе.



Серия АА 0001493

ФЕДЕРАЛЬНАЯ СЛУЖБА ПО НАДЗОРУ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ

РАЗРЕШЕНИЕ

НА ПРИМЕНЕНИЕ НОВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ТЕХНОЛОГИИ

ФС № 2008/125 от «19» июня 2008 г.

«Дифференциальная диагностика эритродермической формы грибовидного микоза и других эритродермий».

Разрешение выдано:
Уральский научно-исследовательский институт дерматовенерологии и иммунопатологии (620076, г. Екатеринбург, ул. Щербакова, д. 8).

Показания к использованию медицинской технологии:
Дифференциальная диагностика эритродермической формы грибовидного микоза от эритродермий при доброкачественных дерматозах (псориаз, экзема, атопический дерматит и болезнь Деверджи).

Противопоказания к использованию медицинской технологии:
Психическая неадекватность больных, когда невозможно проведение опроса пациента с целью оценки анамнеза заболевания, а также выполнение стандартных общеклинических лабораторных методов исследования.

Возможные осложнения при использовании медицинской технологии и способы их устранения:
При применении медицинской технологии в соответствии с показаниями осложнений не наблюдалось.

Руководитель **Н.В.Юргель**

Рис. 1.2. Разрешение на применение новой медицинской технологии «Дифференциальная диагностика эритродермической формы грибовидного микоза и других эритродермий»

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ЭРИТРОДЕРМИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ГРИБОВИДНОГО МИКОЗА И ДРУГИХ ЭРИТРОДЕРМИЙ

(ФС № 2008/125 от 19 июня 2008 г.)

Медицинская технология предназначена для врачей-дерматовенерологов. *Масштаб использования:* специализированные лечебнопрофилактические учреждения, в том числе оказывающие высокотехнологичные виды медицинской помощи.

Введение

Эритродермическая форма грибовидного микоза (ЭФГМ) представляет собой наиболее сложную и в то же время наименее изученную проблему современной дерматологии, относится к тяжелым пролиферативным заболеваниям кожи, включена в программу высокотехнологичной медицинской помощи в соответствии с Приказом Минздравсоцразвития России № 320 от 07.05.2007 г. «Об оказании во II–IV кварталах 2007 г. высокотехнологичной медицинской помощи за счет средств федерального бюджета в федеральных медицинских учреждениях и в медицинских учреждениях, находящихся в ведении субъектов Российской организации и муниципальных образований». Заболевание занимает особое место среди Т-клеточных злокачественных лимфом кожи (Т-ЗЛК) с атипичным клинико-морфологическим течением, характеризуется процессами неопластической пролиферации и накоплением патологического клона лимфоцитов в коже (1–3, 9, 11, 17).

Количество больных Т-ЗЛК, находящихся на стационарном лечении в КВУ, ежегодно колеблется от 1 до 5 % от всех дерматологических больных. При этом в структуре различных нозологических форм подавляющее большинство составляют больные с грибовидным микозом (ГМ) – 93 %. По данным В. В. Ястребова (2003), среди всех клинических вариантов грибовидного микоза, у 17,3 % больных установлена эритродермическая форма заболевания, по данным Е. М. Лезвинской и соавт. (2000) и Л. А. Новиковой и соавт. (1998) – у 45,2 и 50,0 % соответственно (5,8).

Диагностический процесс при ЭФГМ предусматривает ряд логически связанных этапов, сочетающих анализ клинических проявлений, течения процесса, данных гистологических и иммуногистохимических исследований, фиксирующих наличие злокачественной лимфоидной (клональной) пролиферации в коже.

Возможности клинической дифференциальной диагностики ЭФГМ признаются ограниченными в связи с неспецифичностью клинической картины, имитирующей вторичные эритродермические состояния, возникающие при доброкачественных воспалительных дерматозах. Наиболее сложными в дифференциально-диагностическом отношении являются эритродермические варианты течения экземы, псориаза и атопического дерматита у лиц старших возрастных групп, поскольку клинические симптомы во многом являются схожими и отличаются лишь степенью их выраженности (6, 12–14, 18).

Морфологическая верификация ЭФГМ рутинными светооптическими методами исследования объективно затруднена сходством гистологических признаков при лимфоцитарной инфильтрации дермы, развивающейся как при лимфоме кожи, так и при хронических дерматозах, в условиях формирования вторичных эритродермических состояний. В связи с этим окончательный диагноз Т-ЗЛК часто верифицируется только на 3–5-м году течения болезни, что связано с отсутствием специфических клинических и морфологических признаков дебюта заболевания (4, 7, 10, 15, 16).

Современные диагностические схемы, описанные в литературе, рекомендуют использование комплекса методов – общеклинических, морфологических, иммуногистохимических, иммуноцитохимических, молекулярно-биологических и генетических. В то же время клиническая практика и материально-техническая оснащенность КВУ свидетельствуют о необходимости этапного подхода к дифференциальной диагностике эритродермий, когда на основании оценки доступных клинико-анамнестических данных и результатов параклинических исследований становится возможным с высокой вероятностью заподозрить диагноз ЭФГМ и обосновать дальнейшее применение высокоинформативных и дорогостоящих диагностических исследований для окончательной верификации диагноза.

В этом направлении в клинике ФГУ «УрНИИДВиИ Росмедтехнологий» было проведено изучение анамнеза, течения и динамики клинических проявлений заболевания и лабораторно-инструментальное обследование 142 больных с эритродермиями различного генеза (ЭФГМ, псориаз, экзема, атопический дерматит и болезнь Девержи). Использование методов дисперсионного, дискриминантного и кластерного анализа позволило обосновать клинико-диагностическую значимость 11 статистически достоверных признаков, характерных для ЭФГМ, и разработать математическую модель вероятностной дифференциальной диагностики эритродермий

(патент РФ № 2286570 от 27.10.2006 г. «Способ дифференциальной диагностики эритродермической формы Т-клеточной злокачественной лимфомы кожи и других эритродермий», патентообладатели – сотрудники ФГУ «УрНИИДВиИ Росмедтехнологий» Н. В. Кунгуров, И. А. Куклин, М. М. Кохан, Н. В. Кисляк).

Показания к использованию медицинской технологии

Применение предлагаемой медицинской технологии показано для дифференциальной диагностики эритродермической формы грибовидного микоза от эритродермий при доброкачественных дерматозах (псориаз, экзема, атопический дерматит и болезнь Девержи).

Противопоказания к использованию медицинской технологии

Противопоказаниями для использования медицинской технологии являются случаи психической неадекватности больных, когда невозможно проведение опроса пациента с целью оценки анамнеза заболевания, а также выполнение стандартных общеклинических лабораторных методов исследования.

Материально-техническое обеспечение медицинской технологии

Для реализации медицинской технологии необходимо стандартное оборудование клинико-диагностической лаборатории для общеклинических лабораторных методов исследования. Определение содержания иммуноглобулина Е (IgE), гамма-интерферона (ИФН-гамма) и интерлейкина-4 (ИЛ-4) в сыворотке крови проводится в иммунологических лабораториях кожно-венерологических или других лечебно-профилактических учреждений по унифицированным методикам, с использованием стандартизованных реактивов и оборудования: комплект диагностического лабораторного оборудования для иммунологического анализа Санофи Диагностикс Пастер PR2100, PR1100, PW40, PW41, ISP-2 (регистрационное удостоверение МЗРФ № 99/122), реагенты in vitro для диагностики функционального статуса иммунной системы (ЗАО «Вектор-Бест», регистрационные удостоверения ФС № 01012006/3592-06; ФСР 2008/02194; ФСР 2008/02120).

Описание медицинской технологии

Разработанная медицинская технология дифференциальной диагностики эритродермий предусматривает пошаговое выполнение диагностических мероприятий врачом-дерматовенерологом при подозрении на ЭФГМ.

1. Сбор анамнеза и клинический осмотр больного

Данный этап диагностики направлен на проведение ориентировочной дифференциации между ЭФГМ, эритродермиями при доброкачественных

дерматозах и вторичных эритродермических поражениях кожи при лимфопролиферативных заболеваниях. При изучении клинико-анамнестических особенностей развития заболевания у больного врачу необходимо акцентировать внимание на рассмотрении следующих разделов:

анамнестические данные

– жалобы больного;

– анамнез заболевания и жизни (наследственная отягощенность в отношении онкопатологии и доброкачественных дерматозов, начальные признаки заболевания и давность их возникновения, наличие профессиональных и бытовых «вредностей», аллергоанамнез, наличие патологии внутренних органов и глистно-протозойной инвазии);

клинические данные

– клинические проявления процесса (морфологические особенности элементов на коже и их локализация, степень вовлечения в процесс дериватов кожи и периферических лимфатических узлов, нарушение общего состояния, характер и интенсивность субъективных ощущений);

– особенности течения кожного процесса (сезонность проявлений, наличие спонтанных ремиссий, динамика заболевания под влиянием неспецифических и специфических методов лечения).

Проведенный нами анализ всего спектра клинико-анамнестических особенностей развития, течения и клиники заболевания у 142 больных эритродермиями различного генеза позволил выделить признаки, позволяющие заподозрить ЭФГМ на этапе изучения клинико-анамнестических особенностей заболевания:

– начало заболевания в зрелом возрасте;

– неясность диагноза при дебюте заболевания;

– изменение клинических диагнозов в процессе наблюдения;

– выраженный зуд в местах высыпаний;

– симптомы интоксикации, полилимфоаденопатия;

– рецидивы эритродермии с нарастанием выраженности клинических проявлений;

– эпизоды транзиторной эритродермии;

– белый дермографизм;

– гиперкератозы ладоней и стоп;

– поредение, исчезновение волос в области высыпаний и на волосистой части головы;

– похудание.

Таким образом, этап диагностики завершается определением предва-

рительного диагноза и спектра нозологий для морфологической дифференциальной диагностики.

2. Интерпретация результатов лабораторного обследования больного

Данный этап диагностики ЭФГМ предполагает общеклинические лабораторные исследования (общий анализ крови, общий анализ мочи, анализ кала на гельминты и простейшие, биохимическое исследование сыворотки крови), определение содержания гамма-интерферона (ИФН-гамма) и интерлейкина-4 (ИЛ-4) в сыворотке крови, инструментальное исследование состояния внутренних органов.

Проведенные нами исследования показали, что развитие эритродермии при ЭФГМ сопровождалось лейкоцитозом, достоверным повышением относительного и абсолютного числа эозинофильных гранулоцитов при высоком уровне сывороточного IgE в периферической крови, а также разнонаправленными сдвигами в содержании ИЛ-4 и ИФН-гамма в сыворотке крови, что отличало данную группу больных от пациентов с эритродермическими вариантами течения доброкачественных дерматозов и может быть использовано врачом в качестве дополнительных критериев в дифференциальной диагностике ЭФГМ и хронических дерматозов.

Лабораторная диагностика предусматривает обязательное патоморфологическое исследование кожи с применением гистологических методов с целью верификации диагноза при наличии референтных признаков ГМ в эпидермисе и дерме. В случае подтверждения патоморфологом диагноза ЭФГМ проводится дальнейшее иммунофенотипирование биоптата кожи больного.

3. Применение математической модели вероятностной дифференциальной диагностики эритродермий, трактовка полученных результатов

При недостаточной информативности гистологического исследования кожи, когда нозологическая принадлежность эритродермии остается неясной, необходимо применение разработанной нами математической модели дифференциальной диагностики.

Анализ клинико-анамнестических особенностей развития, течения и клинических проявлений заболевания, результатов лабораторного обследования 142 больных эритродермиями позволил выделить 11 статистически достоверных признаков, позволяющих дифференцировать ЭФГМ от эритродермий при доброкачественных дерматозах. В соответствии с этим выражения линейных дискриминантных функций для проведения вероятностной дифференциальной диагностики эритродермий приобрели следующий вид:

$$F_1 = -36{,}26 + 4{,}54*X_1 + 0{,}79*X2 + 0{,}0009*X_3 - 0{,}06*X_4 + 0{,}52*X_5 - 8{,}1*X_6 - 4{,}36*X_7 + 1{,}58*X_8 + 5{,}94*X_9 + 8{,}94*X_{10} + 11{,}21*X_{11},$$

$$F_2 = -75{,}27 + 7{,}31*X_1 - 0{,}55*X_2 + 0{,}0011*X_3 + 0{,}1*X_4 + 0{,}5*X_5 + 12*X_6 + 5{,}96*X_7 + 1{,}74*X_8 + 7{,}54*X_9 + 11{,}72*X_{10} + 19{,}15*X_{11}.$$

Здесь: X_1 – абсолютное значение эозинофилов в периферической крови (х109/л);
X_2 – концентрация гамма-интерферона в сыворотке крови (пкг/мл);
X_3 – значение IgE в сыворотке крови (МЕ/мл);
X_4 – концентрация ИЛ-4 в сыворотке крови (пкг/мл);
X_5 – количество лейкоцитов в периферической крови (х109/л);
X_6 – ладонно-подошвенный гиперкератоз;
X_7 – поредение волос;
X_8 – полилимфоаденопатия;
X_9 – белый дермографизм;
X_{10} – синдром интоксикации;
X_{11} – нестерпимый и интенсивный зуд кожи.
Примечание. $X_1 - X_5$ являются информативными количественными признаками, а $X_6 - X_{11}$ – информативными качественными признаками.

Для реализации способа дифференциальной диагностики эритродермий врачу в каждое уравнение необходимо подставить значение соответствующего признака, в случае X_1–X_5 – абсолютные (количественные) значения, в случае X_6–X_{11} – значение, равное 1 (если признак имеется у больного) или 0 (если признак отсутствует). Полученные значения переменных F_1 и F_2 сравнивают между собой и при $F_2 > F_1$ результаты дифференциальной диагностики можно трактовать в пользу ЭФГМ, а при $F_1 > F_2$ – в пользу доброкачественной эритродермии.

4. Назначение уточняющих методов обследования больного

При получении свидетельства в пользу ЭФГМ, в целях окончательной верификации нозологического диагноза, проводятся специальные высокотехнологичные методы исследования:

– исследование периферической крови на наличие клеток Сезари;

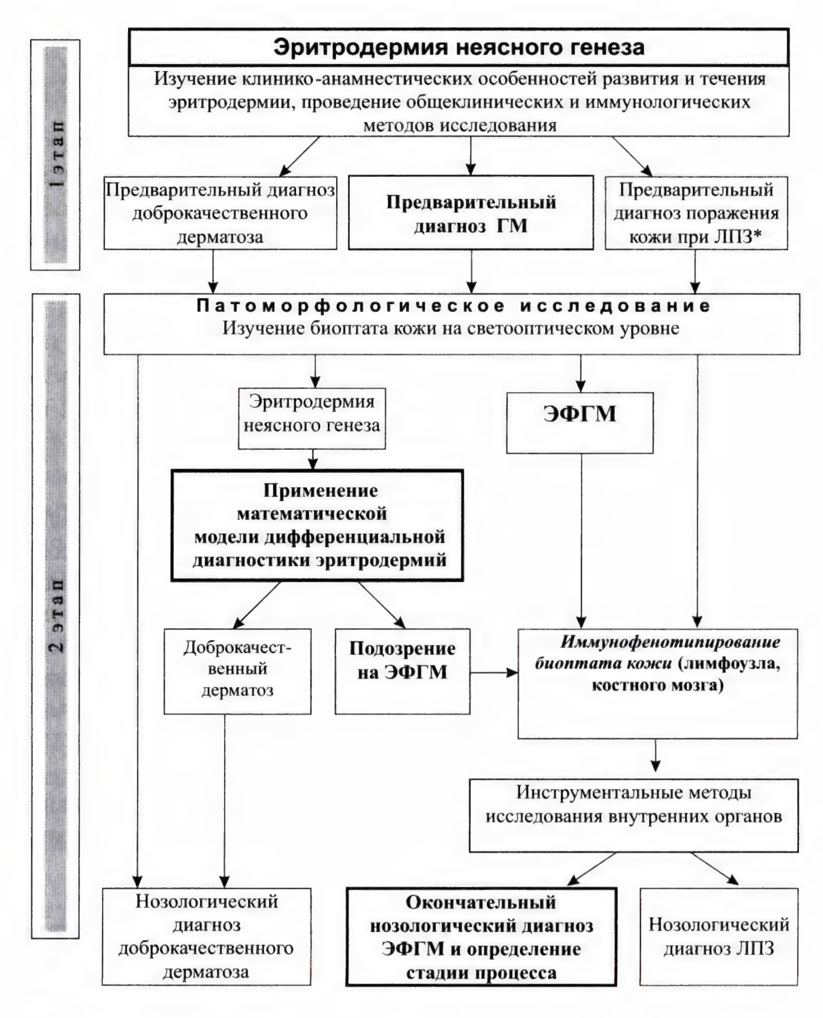
– иммуногистохимическое исследование биоптата кожи для выявления особенностей фенотипа лимфоидных клеток с использованием стандартизованной панели МКА;

– проточная цитометрия клеток, извлеченных из дермального инфильтрата, с использованием набора первично-меченных МКА (CD45, CD3, CD4, CD8, CD16+56, CD19, CD95, Ki67);

– цитологическое исследование пунктата региональных лимфоузлов.

Для установления стадии процесса проводятся дополнительные инструментальные методы исследования внутренних органов.

Схема диагностических действий врача-дерматовенеролога при проведении поэтапной диагностики эритродермий представлена на рис. 1.3.



* ЛПЗ – лимфопролиферативное заболевание.

Рис. 1.3. Схема клинико-диагностических действий врача при диагностике ЭФГМ

После установления окончательного диагноза ЭФГМ необходимо проведение регистрации случая злокачественного заболевания в территориальном Канцер-Регистре (региональном онкологическом учреждении) с заполнением стандартной учетной формы № 090/у - «Извещение о боль-

ном с впервые в жизни установленным диагнозом рака или другого злокачественного новообразования».

Таким образом, диагностический процесс при подозрении у больного ЭФГМ заключается в этапном проведении клинических, морфологических, иммуногистохимических, инструментальных методов исследования, применении математической модели предварительной дифференциальной диагностики и завершается верификацией диагноза, установлением стадии процесса, регистрацией случая и определением дальнейшей стратегии и тактики терапии.

Возможные осложнения при использовании медицинской технологии и способы их устранения

При правильном использовании медицинской технологии в строгом соответствии с показаниями осложнений не наблюдается.

Эффективность использования медицинской технологии

Описанная технология дифференциальной диагностики эритродермий была применена в клинике ФГУ «УрНИИДВиИ Росмедтехнологий» для установления диагноза у 123 больных с различными видами эритродермий, госпитализированных в отделение хронических дерматозов.

В результате проведенного комплексного клинико-лабораторного обследования, в том числе патоморфологического исследования биоптата кожи, все пациенты с эритродермиями были разделены на две обучающие группы: 48 больных с гистологически верифицированным диагнозом ЭФГМ и 75 – с эритродермиями при псориазе, экземе и атопическом дерматите. Использование медицинской технологии дифференциальной диагностики эритродермий позволило из 48 больных I группы в 47 случаях правильно установить диагноз ЭФГМ, а из 75 больных II группы у 73 установить диагноз эритродермии при доброкачественных хронических дерматозах. Таким образом, достоверность подобного разделения больных эритродермиями с помощью разработанной медицинской технологии составила 97,6 %, что свидетельствует о специфичности разработанного нами способа дифференциальной диагностики ЭФГМ.

Для оценки эффективности разработанного метода дифференциальной диагностики нами было проведено сравнение продолжительности преддиагностического периода у больных с ЭФГМ при использовании различных комплексов диагностических технологий за последовательные временные периоды (все исследования были выполнены в клинике ФГУ «УрНИИДВиИ Росмедтехнологий»). Полученные данные свидетельствовали о достоверном уменьшении в 1,3–1,4 раза средней продолжительности преддиагностического периода у больных ЭФГМ, к которым в дополнение к рутинным методам исследований, применяемым в 1996–1999гг., был применен предлагаемый способ дифференциальной диагностики. В то же время, разработанная нами медицинская технология дифферен-

циальной диагностики эритродермий способствовала сокращению продолжительности преддиагностического периода у больных в среднем на 0,4±0,1 года по сравнению с применяемыми в 2000–2002 гг. высокоспецифичными и дорогостоящими диагностическими методиками.

Таким образом, способ предварительной автоматизированной дифференциальной диагностики эритродермий является воспроизводимым инструментом в работе специалиста-дерматолога, позволяющим с высокой долей вероятности заподозрить у больных ЭФГМ или другие формы эритродермий при доброкачественных дерматозах. Его основной целью является обеспечение минимально достаточной полноты обследования пациента (анамнез, клинические проявления, рутинные клинико-лабораторные методы), позволяющей с высокой степенью достоверности предположить наличие у больного ЭФГМ и в соответствии с этим научно обосновать применение высокотехнологичных диагностических исследований, необходимых для окончательной верификации диагноза.

Список литературы

1. *Адаскевич В. П.* Классификация и клиническая характеристика различных форм эритродермий / В. П. Адаскевич // Рос. журн. кожных и венерич. болезней. 2001. № 2. С. 6–14.

2. *Белоусова И. Э.* Первичные лимфомы кожи: диагностика и лечение / И. Э. Белоусова, Ю. А. Криволапов // Современная онкология. 2006. № 4.

3. *Кохан М. М.* Т-клеточные злокачественные лимфомы кожи: клинические и иммунологические аспекты диагностики, стадийного течения и терапии: автореф. дис. … д-ра мед. наук. Екатеринбург, 2002.

4. *Кунгуров Н. В.* Принципы и алгоритмы клинико-лабораторной диагностики злокачественных лимфом кожи: пособие для врачей / Н. В. Кунгуров, М. М. Кохан, С. В. Сазонов и др. Екатеринбург, 2000.

5. *Лезвинская Е. М.* Заболеваемость злокачественными лимфомами кожи в Московской области и пути совершенствования лечебно-диагностической помощи больным / Е. М. Лезвинская, В. А. Молочков, Н. К. Ларина // Рос. журн. кожных и венерич. болезней. 2000. № 4. С. 12–17.

6. *Олисова О. Ю.* Синдром псевдолимфомы / О. Ю. Олисова, Н. С. Потекаев, С. В. Савельева, М. Н. Гаджиев // Вестн. дерматологии и венерологии. 2001. № 1. С. 58–61.

7. *Самцов А. В.* Гистологические дифференциально-диагностические признаки раннего грибовидного микоза и мелкобляшечного парапсориаза, установленные с помощью экспертной системы / А. В. Самцов, В. В. Барбинов, Д. В. Казаков // Журн. дерматовенерологии и косметологии. 1998. № 1. С.12–24.

8. *Ястребов В. В.* Лимфомы кожи. Урогенитальная герпесвирусная инфекция / В. В. Ястребов, И. М. Разнатовский. СПб., 2000.

9. *Burg G.* Classification of cutaneous lymphomas in an historical perspective / G. Burg // J. EADV. 2004. Vol. 18 (2). P. 13.

10. *Guitart J.* Histologic criteria for the diagnosis of mycosis fungoides: proposal for grading system to standardize pathology reporting / J. Guitart, J. Kennedy, S. Ronan, J. S. Chmiel, Y. C. Hsiegh, D. Variakojis // J. Cutan. Pathol. 2001. Vol. 28(4). P. 174–183.

11. *Girardi M.* The Pathogenesis of Mycosis Fungoides / M. Girardi, P. W. Heald, L. D. Wilson // New England J. of Medicine. 2004. Vol. 350(19). P. 1978–1988.

12. *Hodak E.* Unilesional mycosis fungoides: a study of seven cases / E. Hodak, E. Phenig, B. Amichai, M. Feinmesser // Dermatology. 2000. Vol. 201(4). P. 300–306.

13. *Ishiji T.* Cutaneous lymphomas in Tokyo: analysis of 62 cases in a dermatology clinic / T. Ishiji, Y. Takagi, M. Niimura // Int. J. Dermatol. 2001. Vol. 40(1). P. 37–40.

14. *Siegel R. S.* Primary cutaneous T-cell lymphoma: review and current concepts / R. S. Siegel, T. Pandolfino, J. Guitart, T. M. Kuzel // J. Clin. Oncol. 2001. Vol. 19(21). P. 4185–4194.

15. *Slater D. N.* Hystopathological aspects of Cutaneous lymphoma / D. N. Slater // J. of Royal S. of Med. 2001. Vol. 94. P. 337–341.

16. *Pimpinelli N.* Cutaneous lymphomas / N. Pimpinelli // J. EADV. 2004. Vol. 18(2). P. 67–68.

17. *Vonderheid E. C.* Update on erytrodermic cutaneous T-cell lymphoma: Report of the International Society for Cutaneous Lymphomas / E. C. Vonderheid, M. G. Bernengo, G. Burg et al. // J. Am. Acad. Dermatol. 2002. Vol. 46(1). P. 95–106.

18. *Whittaker S. J.* Joint British Association of Dermatologists and U. K. Cutaneous Lymphoma Group Guidelines for the Management of Primary Cutaneous T-Cell Lymphomas / S. J. Whittaker, J. R. Marsden, M. Spittle, J. R. Russell // British J. of Dermatology. 2003. Vol. 149(6). P. 1095–1107.

В качестве примера для формирования учрежденческого табеля оснащенности лаборатории КВУ, а также для формирования (и обоснования) бюджета в разделе «Заработная плата врачей-лаборантов и среднего медицинского персонала лабораторий, обслуживающих КВУ» и в разделе «Расходные материалы (тест-системы, реактивы и т. д.) для лабораторных подразделений, а также средства обеспечения работы медицинского (в том числе лабораторного) оборудования», мы приводим описание двух медицинских технологий, прошедших на момент написания данной монографии все необходимые (согласно Административному регламенту) согласования и экспертизы и находящихся на утверждении в отделе регистрации медицинских технологий Росздравнадзора.

Медицинская технология «Алгоритмы лабораторного обследования пациенток для диагностики урогенитальной хламидийной инфекции»

Технология предназначена для врачей-дерматовенерологов, врачей клинической лабораторной диагностики при использовании в специализированных КВУ практического здравоохранения.

Показания к использованию медицинской технологии

Метод рекомендуется для использования при обследовании женщин репродуктивного возраста, имеющих показания для исследования на УГХИ, согласно рекомендациям ВОЗ: хронические воспалительные заболевания мочеполовой системы, акушерско-гинекологическая патология, беременность, псевдоэрозия шейки матки и др., нарушения менструального цикла, самопроизвольные и искусственные аборты, лечебные и диагностические выскабливания слизистой оболочки шейки матки и тела матки, введение и удаление внутриматочных контрацептивов и другие внутриматочные вмешательства, хронический цистит, наличие ИППП, половые контакты с лицами, инфицированными хламидиями, частая смена половых партнеров, декретированный контингент.

Противопоказания к использованию медицинской технологии

Противопоказаний нет.

Материально-техническое обеспечение медицинской технологии

Лабораторные методы, применяемые в технологии, рекомендованы для диагностики УГХИ в отечественных и зарубежных руководствах:

Методические материалы по диагностике и лечению наиболее распространенных инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), и заболеваний кожи. Протоколы ведения больных, лекарственные средства / Под. ред. А. А. Кубановой. М.: ГЭОТАР-МЕД, 2003. 448 с.

Клинические рекомендации. Дерматовенерология / Под ред. А. А. Кубановой. М.: ГЭОТАР-МЕДИА, 2006. 320 с.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2006. MMWR Morbidity and Mortality Weekly Report 2006 Aug 4; Vol. 55: No. RR-11.

Используемые оборудование и тест-системы разрешены к применению в медицинской практике и внесены в Государственный реестр медицинских изделий.

Оборудование:

– термостат программируемый для проведения ПЦР-анализа четырехканальный ТП4-ПЦР-01-«Терцик», регистрационное удостоверение № 29/07020398/2001-01 от 9.08.2001 г., действительное до 31.03.2008 г.;
– устройство для электрофореза нуклеиновых кислот в агарозных и акриламидных гелях УЭФ-01-ДНК-Техн. (ЗАО «Научно-производственная фирма ДНК-Технология», Москва), регистрационное удостоверение № 29/07020402/4003-02 от 16.07.2002 г., действительное до 23.04.2012 г.;

– центрифуга «Фуга/вортекс Микро/Спин FV-2400», регистрационное удостоверение ФС №2005/518 от 5.04.2005 г., действительное до 5.04.2015 г.;
– микроскоп биологический для клинических исследований серии «Микрос» с принадлежностями модели МС400 («MICROS Handelsgesellshaft m.b.H.», Австрия), регистрационное удостоверение МЗ РФ № 2004/180 от 5.03.2004 г., действительное до 5.03.2014 г.;
– лабораторное оборудование для иммунологического анализа («Санофи Диагностикс Пастер»), регистрационное удостоверение № 99/122, действительное до 31.08.2009 г.

Тест-системы:

– «АмплиСенс® *Chlamydia trachomatis*» (ЦНИИ эпидемиологии, Москва), регистрационное удостоверение № ФСР 2007/00683 от 17.08.2007 г.;
– «Набор реагентов для выявления бактериальных антигенов *Chlamydia trachomatis* методом прямой иммунофлюоресценции» (ООО «АГРОБИОМЕД»), регистрационное удостоверение № ФСР 2007/00959 от 22.10.2007 г.;
– «ХламиБест *C. trachomatis*-IgG-стрип» (ЗАО «Вектор-Бест», Новосибирск), № Р N004002/01 от 20.05.2005 г., действителен до 22.05.2010 г.;
– «ХламиБест *C. trachomatis*-IgA-стрип» (ЗАО «Вектор-Бест», Новосибирск), ФСР 2007/01258 от 26.11.2007 г.

Описание медицинской технологии

Технология осуществляется с применением прямых и непрямых методов выявления хламидий, основанных на различных биологических феноменах: идентификации возбудителя (метод культуры клеток), детекции его ДНК (полимеразная цепная реакция) или антигенов (прямая иммунофлюоресценция), а также на обнаружении антител к нему в крови (иммуноферментный анализ).

Используется комбинация прямого и непрямого методов, материалами для исследования являются кровь, отделяемое цервикального канала и уретры, назофарингеальные и ректальные пробы. В крови определяются антитела классов G, А к видоспецифическому белку *C. trachomatis*. При диагностике УГХИ мочеполовых путей выбор метода исследования отделяемого уретры и цервикального канала производится после выяснения жалоб, сбора анамнеза и осмотра пациентки, при разборе которых обращают внимание на следующие моменты:

– возраст пациентки (15–25 или 26–45 лет);

– наличие жалоб на зуд, жжение, диспареунию у пациенток с инфекционными заболеваниями влагалища;
– выявление эктопии шейки матки при осмотре пациентки;
– сведения о присутствии в крови пациентки антител класса А к видоспецифическому белку *Chlamydia trachomatis*;
– наличие жалоб на учащенное, болезненное мочеиспускание, ссылки на хронический цистит в анамнезе.

В перечисленных клинических ситуациях требуется дифференцированный подход к назначению диагностических тестов (схема 1), в остальных случаях может использоваться любой метод.

Выбор метода исследования отделяемого уретры проводится с учетом присутствия у пациентки дизурических расстройств. При наличии жалоб на болезненное мочеиспускание и/или ссылки на хронический цистит в анамнезе предпочтение отдается методу ПИФ как наиболее чувствительному в данной клинической ситуации.

Перед проведением манипуляции по взятию материала из цервикального канала для диагностики УГХИ следует убедиться в отсутствии у пациентки субъективных клинических симптомов инфекционного заболевания влагалища (рис. 1.5). Если же пациентка предъявляет жалобы на зуд и/или жжение и/или диспареунию в вульвовагинальной области, получение цервикальной пробы следует отсрочить. Первоначально предпринимают действия по идентификации возбудителя, обусловившего возникновение указанных симптомов, и лечению инфекционного заболевания влагалища, и лишь после исчезновения жалоб на зуд и/или жжение и/или диспареунию (через 2–4 дня после отмены терапии) производят взятие материала из цервикального канала для диагностики УГХИ.

При выборе метода исследования цервикального отделяемого следует учитывать:
– возраст пациентки: у женщин до 25 лет предпочтительнее использовать ПЦР, тогда как для лиц старше 25 лет наибольшая диагностическая эффективность достигается при использовании метода КК;
– наличие эктопии шейки матки: при ее выявлении рекомендуется применять ПЦР или ПИФ, так как КК в этом случае демонстрирует низкую чувствительность;
– выявление в крови пациентки антител класса А к *C. trachomatis*: методами выбора в данной ситуации являются либо ПЦР, либо КК, так как применение ПИФ будет малоэффективно.

В каждом конкретном клиническом случае подбор диагностических тестов выполняют, анализируя сведения об их сравнительной эффектив-

ности в различных ситуациях, приведенные в табл. 1.10, и выбирая вариант, обеспечивающий наибольшую эффективность выявления возбудителя, исходя из набора перечисленных признаков, имеющихся у данной пациентки.

При необходимости диагностики УГХИ экстрагенитальных локализаций (ротоглотка, прямая кишка) следует учитывать, что анализ назофарингеальных и ректальных образцов рекомендуется осуществлять методами КК либо ПИФ, так как обилие сопутствующей микрофлоры мешает проведению ПЦР (Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2006. MMWR Morbidity and Mortality Weekly Report 2006 Aug 4; Vol. 55: No. RR-11).

При получении отрицательных результатов у пациенток с подозрением на УГХИ диагностический поиск продолжают, и только после проведения комплексного обследования всеми методами и получения отрицательных результатов можно сделать заключение об отсутствии хламидийной инфекции.

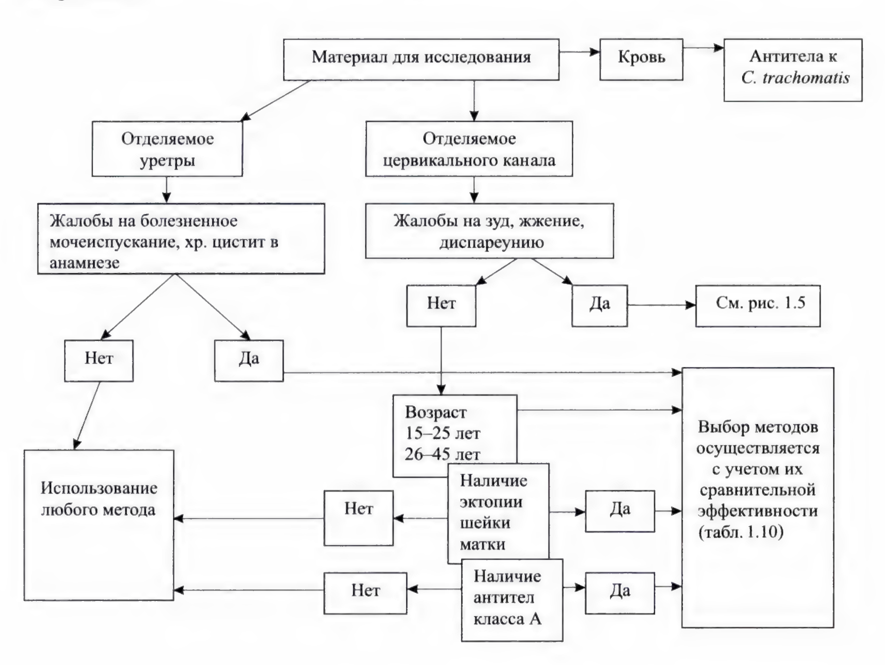


Рис. 1.4. Алгоритм выбора метода исследования материала для диагностики УГХИ в зависимости от клинико-анамнестических данных.

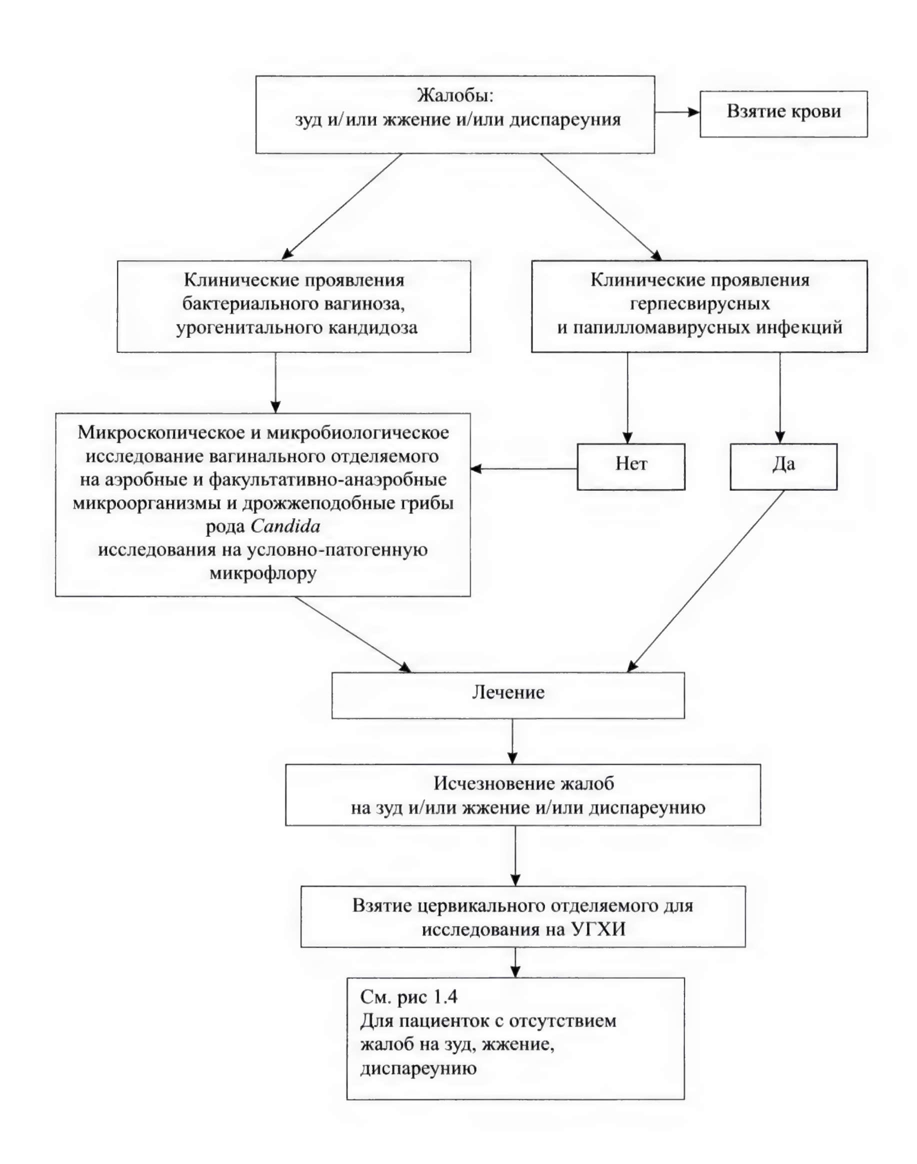


Рис. 1.5. Алгоритм обследования пациенток с инфекционно-воспалительными заболеваниями влагалища

Таблица 1.10

Сравнительная эффективность выявления УГХИ прямыми методами в различных клинических ситуациях

Характеристика пациентки	Материал для исследования	ПЦР	ПИФ	КК
Жалобы на боли при мочеиспускании, хр. цистит в анамнезе	Отделяемое уретры	+	+ + +	+ +
Возраст младше 25 лет	Цервикальное отделяемое	+ + +	+	+
Возраст старше 25 лет	Цервикальное отделяемое	+	+ +	+ + +
Эктопия шейки матки	Цервикальное отделяемое	+ +	+ +	+
Наличие в крови антител класса А к видоспецифичному белку *Chlamydia trachomatis*	Цервикальное отделяемое	+ +	+	+ + +

+++ – высокая эффективность (диагностическая эффективность метода 83,1–100 %).
++ – средняя эффективность (диагностическая эффективность метода 67,1–83 %).
+ – низкая эффективность (диагностическая эффективность метода меньше 67 %).

Возможные осложнения при использовании медицинской технологии и способы ее устранения.

Осложнения не выявлены.

Эффективность использования медицинской технологии

Обследовано 73 женщины в возрасте от 15 до 46 лет из числа лиц с подозрением на хламидийную инфекцию гениталий.

Применение этапного алгоритма обследования позволило выявить УГХИ у 17 % пациенток с инфекционно-воспалительными заболеваниями влагалища, получавших отрицательные результаты прямых тестов при ранее проведенных обследованиях.

Исследование отделяемого уретры пациенток, предъявляющих жалобы на боль при мочеиспускании, методом ПИФ увеличило число случаев выявления УГХИ в 3 раза.

Использование ПЦР для диагностики УГХИ у пациенток 15–25 лет втрое повысило удельный вес положительных результатов в сравнении с другими методами, а применение микробиологического метода (КК) у женщин старше 25 лет увеличило шансы выявления возбудителя в 4 раза в сравнении с ПЦР и в 3 раза в сравнении с ПИФ.

У женщин с эктопиями шейки матки, получивших отрицательные результаты культурального исследования на хламидии, возбудитель был выявлен у 19 % методом ПИФ и у 27 % методом ПЦР.

Применение технологии позволяет повысить эффективность выявления УГХИ, обеспечивая своевременную постановку диагноза, что снижает риск развития серьезных осложнений и ограничивает распространение инфекции в популяции. Оптимизация диагностического маршрута снижает материальные затраты на лабораторные исследования.

Медицинская технология «Дифференциальная диагностика персистирующей папилломавирусной инфекции»

Технология предназначена для врачей-дерматовенерологов в специализированных КВУ практического здравоохранения.

Показания к применению медицинской технологии

Персистирующая урогенитальная папилломавирусная инфекция у женщин.

Противопоказания к применению медицинской технологии

Противопоказаний к использованию технологии нет.

Таблица 1.11

Материально-техническое обеспечение медицинской технологии

№ п/п	Наборы реагентов	Предприятие-производитель	№ госрегистрации
1	ВИПАПОЛ 16/18 для обнаружения ДНК вируса папилломы человека 16 и 18 в биологических пробах методом ПЦР	ООО «Научно-производственная фирма “Литех”», Москва	ФС 012а2004/1431-05 от 31.03.2005 г. (до 31.03. 2010 г.)
2	ВИПАПОЛ КОМПЛЕКС для обнаружения ДНК вируса папилломы человека в биологических пробах методом ПЦР	То же	ФС 012а2005/1351-05 от 22.02.2005 г. (до 22.02.2010 г.)
3	ВИПАПОЛ 31/33 для обнаружения ДНК вируса папилломы человека типов 31, 33, 35, 52 в биологических пробах методом ПЦР	»	ФС 032а2004/1352-05 от 16.02.2005 г. (до 16.02.2010 г.)
4	Реагент в пробирках для выделения ДНК из биопроб с целью последующего анализа методом ПЦР («ДНК-Экспресс»)	»	ФС 032а2002/0923-05 от 16.02.2005 г. (до 16.02. 2009 г.)

Продолжение табл. 1.11

5	«АмплиСенс *Neisseria gonorrhoeae*» для выявления ДНК *Neisseria gonorrhoeae* в клиническом материале методом ПЦР с электрофоретической детекцией продуктов амплификации в агарозном геле	ФГУН ЦНИИЭ Роспотребнадзора, Москва	ФС 012а2006/5390-06 от 25.12.2006 г. (до 25.12.2011 г.)
6	«АмплиСенс *Chlamydia trachomatis*» для выявления ДНК *Chlamydia trachomatis* в клиническом материале методом ПЦР с электрофоретической детекцией продуктов амплификации в агарозном геле	То же	ФСР 2007/00683 от 17.08.2007 г. Срок действия не ограничен
7	«АмплиСенс *Mycoplasma genitalium*» для выявления ДНК *Mycoplasma genitalium* в клиническом материале методом ПЦР с электрофоретической детекцией продуктов амплификации в агарозном геле	»	ФСР 2007/00581 от 09.08.2007 г. Срок действия не ограничен
8	«АмплиСенс CMV» для выявления ДНК цитомегаловируса человека (CMV) в клиническом материале методом ПЦР с электрофоретической детекцией продуктов амплификации в агарозном геле	»	ФСР 2007/00184 от 21.06.2007 г. Срок действия не ограничен
9	«АмплиСенс HSVI, II» для выявления ДНК вируса простого герпеса I и II типа методом ПЦР	»	ЛС-001503 от 14.04.2006 г. (до 14.04.2011 г.)
10	«ВПГ-ГЕН» для выявления ДНК вируса простого герпеса человека 1, 2 типа (HSV-1,2) методом ПЦР	ЗАО «НПФ ДНК-Технология», Москва	№ ФС 012а2005/1572-05 от 21.04.2005 г. (до 21.04.2010 г.)
11	«Плазмоген-Уу» для выявления ДНК уреаплазмы уреалитикум (*Ureaplasma urealyticum*) методом ПЦР	То же	№ ФС 012а4689/2749-06 от 26.01.2006 г. (до 26.01.2011 г.)
12	«ПЛАЗМОГЕН-Мх» для выявления ДНК микоплазмы хоминис (*Mycoplasma hominis*) методом ПЦР	»	№ ФС 012а4690/2748-06 от 26.01.2006 г. (до 26.01.2011 г.)

Продолжение табл. 1.11

13	Комплект реагентов для выделения ДНК из клинического материала «ДНК-сорб-АМ»	ФГУН ЦНИИЭ Роспотребнадзора, Москва	ФСР 2007/00183 от 21.06.2007 г. Срок действия не ограничен
14	ХлаМоноСкрин (Антитела диагностические флуоресцирующие хламидийные родоспецифические моноклональные мышиные сухие)	ООО «НИАРМЕДИК ПЛЮС», Москва	ЛС-000212 от 22.04.2005 г. (до 22.04.2010 г.)
15	Набор реагентов для культуральной диагностики урогенитальных заболеваний и определения чувствительности к антибиотикам	BIO-RAD Laboratories, Франция	МЗ РФ № 2004/312 от 15.04.2004 г.
16	Диски для определения чувствительности микроорганизмов к антибактериальным препаратам	То же	Рег. удостоверение МЗ РФ № 2004/650 от 24.06.2004 г. (до 24.06.2009 г.)
17	Питательная среда для выделения энтеробактерий сухая для бактериологических исследований «Агар Эндо-ГРМ»	ФГУН «Государственный научный центр прикладной микробиологии и биотехнологии», Московская обл., п. Оболенск	№ ФСР 2007/00375 от 16.07.2007 г. Срок действия не ограничен
18	Набор реагентов для иммуноферментного определения концентрации фактора некроза опухолей-альфа в сыворотке крови (альфа-ФНО-ИФА-БЕСТ)	ЗАО «Вектор-Бест», Новосибирская обл., п. Кольцово	ФСР 2008/01835 от 07.02.2008 г. Срок действия не ограничен
19	Набор реагентов для иммуноферментного определения концентрации альфа-интерферона в сыворотке крови (альфа-ИНТЕРФЕРОН-ИФА-БЕСТ)	То же	ФСР 2008/02195 от 26.02.2008 г. Срок действия не ограничен
20	Набор реагентов для иммуноферментного определения концентрации гамма-интерферона в сыворотке крови (гамма-ИНТЕРФЕРОН-ИФА-БЕСТ)	»	ФСР 2008/02194 от 26.02.2008 г. Срок действия не ограничен
21	Набор реагентов для иммуноферментного определения пролактина в сыворотке крови «ИФА-пролактин-01»	ЗАО «АлкорБио»	Рег. удостоверение от 01.12.2001 г.

Продолжение табл. 1.11

22	Оборудование лабораторное для исследований биологических объектов методом электрофореза	BIO-RAD LABORATORIES, США	ФС № 2004/1246 Действительно с 11.10.2004 г. (до 11.10.2014 г.)
23	Термостат твердотельный программируемый малогабаритный ТТ-1-«ДНК-Технология»	ЗАО «НПФ ДНК-Технология», Москва	№ 29/07020402/4004-02 от 16.07.2002 г. (до 23.04.2012 г.)
24	Центрифуги типа MiniSpin	Eppendorf AG, ФРГ	Рег. удостоверение МЗ РФ № 2002/637
25	Центрифуга «Фуга/вортекс Микро-Спин FV-2400»	SIA «BIOSAN», Республика Латвия	ФС № 2005/518 Действительно с 05.04.2005 г. (до 05.04.2015 г.)
26	Устройство для электорофореза нуклеиновых кислот в агарозных и акриламидных гелях «УЭФ-01-ДНК-Технология»	ЗАО «НПФ ДНК-Технология», Москва	№ 29/07020402/4003-02 от 16.07.2002 г. (до 23.04.2012 г.)
27	Комплект диагностического лабораторного оборудования для иммунологического анализа (системное считывающее устройство для микропланшет Ридера с принтером, устройство для промывки планшет Вошер, инкубатор для микропланшет)	«Sanofi Diagnostics Pausteur, Inc.», Франция	МЗ РФ № 99/122 от 31.08.1999 (до 31.08.2009 г.)
28	Фотометр для микропланшет модели 680	BIO-RAD LABORATORIES, Inc., США	МЗ РФ № 2003/254 от 03.03.2003 (до 03.03.2013 г.)
29	Шейкеры медицинские серии S, модели: S-3,S-3M,S-3L	ELMI Ltd., Республика Латвия	ФС №2006/1424 Действительно с 15.09.2006 до 15.09.2016 г.
30	CO_2 инкубатор МСО	Фирма «Sanyo Electric Co., Ltd», Япония.	Сертификат соответствия № Росс JP.ИМ04. Н06482. Срок действия с 02.10.2007 по 01.10.2008 г.
31	Микроскопы биологические (операционные) Leica	Leica Microsystems (Schweiz) AG, Швейцария	ФС № 2005/312 Действительно с 01.03.2005 по 01.03.2015 г.
32	Микроскоп биологический для клинических исследований серии «MICROS»	MICROS Handelsgesellshaft m.b.H., Австрия	МЗ РФ № 2004/180 от 05.03.2004 г. (до 05.03.2014 г.)

Окончание табл. 1.11

33	Центрифуги лабораторные Rotofix	Andreas Hettich GmbH@ Co. KG, ФРГ	ФС № 2006/470 Действительно с 13.04. 2006 до 13.04.2016 г.
34	Бокс для стерильных работ модель UVT-S	SIA «BIOSAN», Республика Латвия	ФС № 2005/522 Действительно с 05.04.2005 до 05.04.2015 г.
35	Анализатор микробиологический BD BBL Crystal AutoReader с принадлежностями	Becton Dickinson and Company (BD), США	ФС № 2006/746 Действительно с 23.05. 2006 до 23.05.2016 г.

Используемые оборудование и наборы реагентов разрешены к применению в медицинской практике и внесены в Государственный реестр изделий медицинского назначения и медицинской техники.

Описание медицинской технологии

Первым этапом реализации технологии является определение клинических и эпидемиологических показаний (формирование групп риска) для углубленного обследования женщин на онкогенные типы ВПЧ.

Клиническими показаниями для обследования на онкогенные типы ВПЧ являются пациенты с инфекциями, передаваемыми половым путем; нарушением микробиоценоза урогенитального тракта; остроконечными кондиломами; заболеваниями шейки матки (эрозия, эктопия, полипы цервикального канала, лейкоплакия, эритроплакия, эндометриоз); воспалительными заболеваниями урогенитального тракта; изменениями при кольпоскопии, цитологии; интраэпителиальной неоплазией (CIN I-III) и преинвазивной карциномой; женщины, планирующие беременность, в том числе направленные на экстракорпоральное оплодотворение; беременные; больные с распространенным папилломатозом кожи; с отягощенной наследственностью по онкологическим заболеваниям.

По эпидемиологическим показаниям для обследования на онкогенные типы ВПЧ должны подлежать половые контакты мужчин с ИППП, в том числе вирусной этиологии; с остроконечными кондиломами, боуеноидным папулезом; гигантской остроконечной кондиломой Бушке–Левенштейна; эритроплазией Кейра, раком полового члена; пациенты с ранним возрастом начала половой жизни (14–16 лет); лица промискуитетного поведения.

Латентная форма папилломавирусной инфекции диагностируется только с помощью молекулярно-биологических методов исследования – выявление ВПЧ высокого онкогенного риска методом ПЦР при отсутствии клинических, кольпоскопических и цитологических изменений шейки матки.

Далее осуществляется определение онкогенного генотипа ВПЧ в урогенитальном тракте, сочетанного инфицирования ВПЧ различных генотипов (рис. 1.6).

По показаниям – проведение кольпоскопии, окрашивание мазка по Папаниколау (*Pap*-тест), исследования показателей иммунной системы, в том числе местного иммунитета.

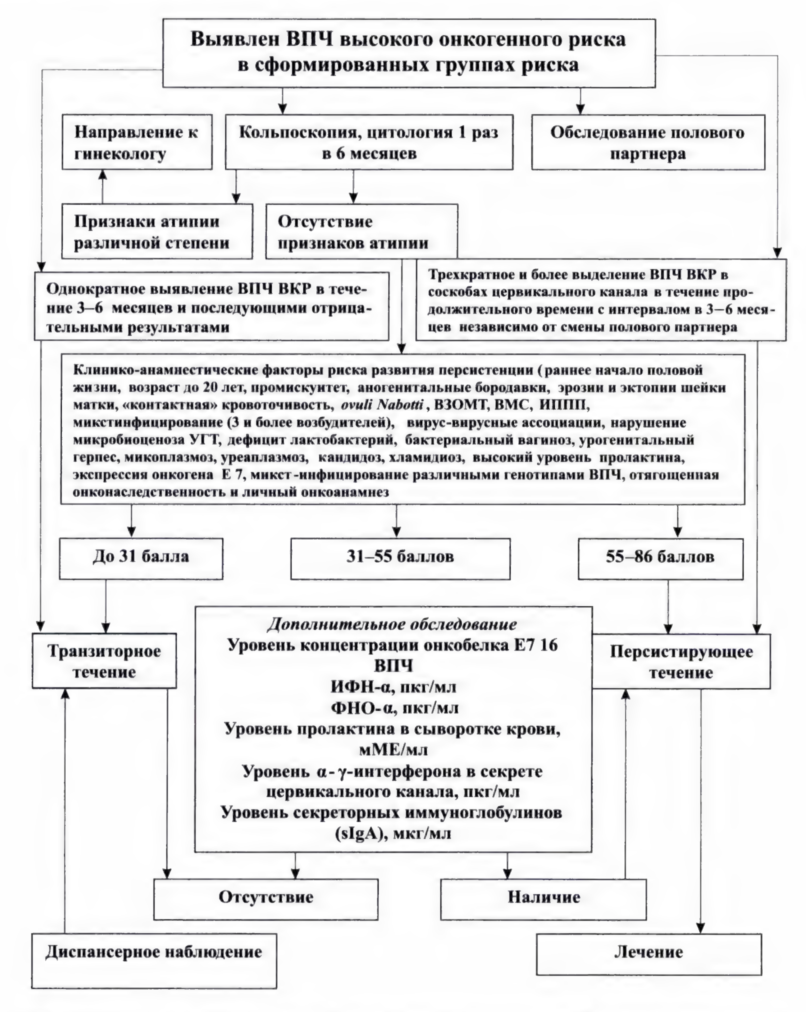


Рис. 1.6. Алгоритм обследования пациенток с урогенитальной папилломавирусной инфекцией в зависимости от варианта течения инфекции

Производится комплексное бактериологическое, бактериоскопическое, молекулярно-биологическое (ПЦР) исследование отделяемого уретры, влагалища и цервикального канала на *N. gonorrhoeae, T. vaginalis, C. trachomatis, U. urealyticum, M. hominis, M. genitalium, G. vaginalis,* дрожжеподобные грибы рода *Candida, Herpes simplex virus* I, II типов, *Cytomegalovirus*, определение микрофлоры урогенитального тракта с учетом количества, вида микроорганизмов и чувствительности микрофлоры к антибиотикам, выявление микстинфицирования ИППП. При верификации сопутствующих ИППП и условно-патогенной микрофлоры в диагностически значимых титрах лечение пациентке и ее половому партнеру назначается в соответствии с чувствительностью к антибиотикам. Сопутствующие ВПЧ инфекции, передающиеся половым путем, удлиняют сроки лечения и увеличивают риск развития рецидивов. При дисбиотических процессах на фоне изменения pH влагалищной среды и тканевой гипоксии возрастает риск активации вирусных и других инфекций.

На втором этапе – определение варианта течения папилломавирусной инфекции (транзиторный, персистирующий), выявление у пациентов факторов риска персистенции ВПЧ путем суммирования и оценки баллов.

Критериями *персистирующего* течения считаются случаи трехкратного и более выделения ВПЧ высокого онкогенного риска (16/18 генотипов) в соскобах цервикального канала методом ПЦР в течение продолжительного времени при взятии материала с интервалом в 3–6 месяцев, независимо от смены полового партнера. Критерии *транзиторного* течения ПВИ: инфицирование ВПЧ высокого онкогенного риска эпителиальных клеток цервикального канала в течение непродолжительного периода 3–6 месяцев, когда вирус папилломы человека выявлялся однократно, с последующими отрицательными результатами исследований.

Градация признаков представлена по значимости и частоте встречаемости у пациентов с различным течением ПВИ (табл. 1.12). В таблице приведены максимально возможные значения балльной оценки признаков.

Таблица 1.12

Дифференциальные признаки транзиторной и персистирующей латентной папилломавирусной инфекции

№ п/п	Признак	Пациенты с персистирующей ПВИ (n = 95)			Пациенты с транзиторной ПВИ (n = 112)	
		Абс	%	Баллы	Абс	%
Анамнестические признаки						
1	Отягощенная онкологическая наследственность	42	44,2	**5**	24	21,4

2	Раннее начало половой жизни (14–17 лет)	28	29,5	**3**	22	19,6
3	Возраст до 20 лет	12	12,6	**1**	3	2,7
4	Промискуитет	61	64,2	**6**	48	42,9
Клинические признаки						
5	Аногенитальные бородавки	30	31,6	**3**	26	23,2
6	Эрозии и эктопии шейки матки	59	62,1	**6**	42	37,5
7	«Контактная» кровоточивость	51	53,7	**5**	36	32,1
8	*Ovuli nabotti*	22	23,2	**2**	9	8,0
9	Воспалительные заболевания органов малого таза	16	16,8	**2**	12	10,7
10	Внутриматочная спираль	12	12,6	**1**	2	1.8
Лабораторные признаки						
11	Инфекции, передаваемые половым путем	84	88,4	**9**	80	71,4
12	Микстинфицирование (инфекционный индекс 3 и более возбудителей)	63	66,3	**7**	46	41,1
13	Дефицит лактобактерий	69	72,6	**7**	48	42,9
14	Дисбиоз влагалища, вызванный условно-патогенной микрофлорой (*Str. agalactiae, Enterococcus spp, E.coli, Proteus spp, Staph. aureus*), на фоне резкого снижения или отсутствия лактобактерий	30	31,6	**3**	29	25,9
15	Бактериальный вагиноз	38	40,0	**4**	24	21,4
16	Вирус-вирусные ассоциации	45	47,4	**5**	32	28,6
17	Урогенитальный герпес	17	17,9	**2**	7	6,3
18	Урогенитальная микоплазменная инфекция (*Mycoplasma hominis, Mycoplasma genitalium*)	22	23,2	**2**	17	15,2
19	Урогенитальная уреаплазменная инфекция	30	31,6	**3**	24	21,4
20	Урогенитальный кандидоз	20	21,1	**2**	3	2,7
21	Урогенитальная хламидийная инфекция	26	27,4	**3**	23	20,5
22	Инфицирование различными генотипами ВПЧ с диапазоном инфекционного индекса от 2 до 6	52	54,7	5	9	8,0

Окончание табл. 1.12

	Дополнительные лабораторные признаки				
23	Удельный вес больных с высоким уровнем концентрации онкобелка Е7 16 ВПЧ	26	27,4	3	2,7
24	Средний уровень концентрации онкобелка Е7 16 ВПЧ, нг/г белка		7,95±0,47		0,89±0,07
25	ИФН-α, пкг/мл		12,7 ±2 ,9		26,4±3,1
26	ФНО-α, пкг/мл		24,9 ± 6,4		53,8±10,9
27	Средний уровень пролактина в сыворотке крови, мМЕ/мл		553,9±36,29		321,3± 26,03
28	Средний уровень α-интерферона, пкг/мл		2311±500		486±237
29	Средний уровень γ-интерферона, пкг/мл		2379±701,5		1218±432
30	Средний уровень секреторных иммуноглобулинов класса А (sIgA), мкг/мл.		348,9±4,2		175,6±6,4

Сумма баллов < 31 – транзиторное течение ПВИ.
Сумма баллов 31–55 – сомнительный результат, требуется дополнительное обследование.
Сумма баллов > 56 (56–86) – диагностируется персистирующее течение латентной урогенитальной ПВИ.

При выявлении у пациентки ВПЧ высокого онкогенного риска производятся выяснение жалоб, сбор анамнеза и осмотра пациентки, при разборе которых обращают внимание на следующие моменты:

- возраст пациентки (до 20 лет) и старше 40 лет – 1 балл,
- раннее начало половой жизни (14–17 лет) – 3 балла,
- промискуитет – 6 баллов
- отягощенная онкологическая наследственность (особенно по женской линии – рак шейки матки) – 5 баллов.

Всего 15 баллов

При осмотре пациентки:

- аногенитальные бородавки – 3 балла,
- эрозии и эктопии шейки матки – 6 баллов,
- «контактная» кровоточивость – 5 баллов,
- Ovuli Nabotti – 2 балла,
- воспалительные заболевания органов малого таза – 2 балла,
- внутриматочная спираль – 1 балл.

Всего 19 баллов

При клинико-лабораторном обследовании:

- инфекции, передаваемые половым путем, – 9 баллов,
- микстинфицирование (инфекционный индекс 3 и более возбудителей) – 7 баллов,

- дефицит лактобактерий – 7 баллов,
- дисбиоз влагалища, вызванный условно-патогенной микрофлорой, – 3 балла,
- бактериальный вагиноз – 4 балла,
- вирус-вирусные ассоциации – 5 баллов,
- урогенитальный герпес – 2 балла,
- урогенитальная микоплазменная инфекция – 2 балла,
- урогенитальная уреаплазменная инфекция – 3 балла,
- урогенитальный кандидоз – 2 балла,
- урогенитальная хламидийная инфекция – 3 балла,
- инфицирование различными генотипами ВПЧ (16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59) с диапазоном инфекционного индекса от 2 до 6–5 баллов.

Всего 52 балла

До 31 балла регистрируется транзиторное течение ПВИ.

При наличии у пациентов 56–86 баллов диагностируется персистирующее течение латентной урогенитальной ПВИ и назначается лечение, что способствует уменьшению степени риска развития неопластических процессов и профилактике рака шейки матки.

31–55 баллов – пациенты нуждаются в дополнительном обследовании для решения вопроса о течении ПВИ.

При сомнительном результате персистирующей ПВИ используются дополнительные лабораторные признаки: уровень концентрации онкобелка Е7 16 ВПЧ, ИФН-α, ФНО-α, уровень пролактина в сыворотке крови, уровень α- и γ-интерферона в секрете цервикального канала, уровень секреторных иммуноглобулинов класса А (sIgA).

При выявлении больных с интраэпителиальной неоплазией, обнаруженной на дерматовенерологическом приеме, рекомендуется направлять их для наблюдения к гинекологу с постоянным контролем у дерматовенеролога: при высоком риске 1 раз в 3 месяца и раз в полгода – при низком риске.

При транзиторном варианте течения папилломавирусной инфекции шейки матки, при отсутствии манифестных проявлений необходимо диспансерное наблюдение в гинекологическом учреждении с периодическим обследованием на ВПЧ 1 раз в 3–4 месяца в течение 1,5 лет.

При латентном течении ПВИ необходимо наблюдение и регулярное обследование в гинекологических учреждениях (цитологическое исследование мазков-отпечатков и кольпоскопия).

Возможные осложнения при использовании медицинской технологии и способы их устранения

При правильном использовании медицинской технологии осложнения не наблюдается.

Эффективность использования медицинской технологии

По представленному в технологии алгоритму обследовано 207 пациентов консультативного кожно-венерологического приема ФГУ «Уральский научно-исследовательский институт дерматовенерологии и иммунопатологии Росмедтехнологий».

Уровень инфицированности ВПЧ и характер течения папилломавирусной инфекции во многом зависят от воздействия совокупности факторов риска. Применение этапного алгоритма обследования позволило выявить признаки, сопровождающие персистенцию ВПЧ, позволяющие отдифференцировать персистирующую папилломавирусную инфекцию и начать лечение на более ранних этапах. К таким признакам относится отягощенная наследственность по онкологическим заболеваниям различной локализации (в 2,1 раза), воспалительные заболевания органов малого таза в анамнезе (в 1,6 раза), наличие фоновых, предопухолевых и доброкачественных новообразований репродуктивной системы (эрозии и эктопии шейки матки) (в 1,7 раза), манифестные проявления ПВИ в виде остроконечных кондилом (в 1,4 раза), признаки хронического воспаления шейки матки, такие, как контактная кровоточивость (в 1,7 раза) и закупорка наботтовых желез (в 2,9 раза), использование ВМС в качестве метода контрацепции (в 7 раз), микстинфицирование другими ИППП (в 1,6 раза) с преобладанием вирус-вирусных ассоциаций (вирус простого герпеса I–II типа, цитомегаловирус) (в 1,7 раза); дефицит лактобактерий (в 1,7 раза); нарушения микробиоценоза урогенитального тракта (в 1,2 раза); бактериальный вагиноз (в 1,9 раза); урогенитальный герпес (в 2,8 раза); микоплазменная инфекция (в 1,5 раза); урогенитальный кандидоз (в 7,8 раза); урогенитальный хламидиоз (в 1,3 раза); экспрессия онкогена Е7 ВПЧ (диагностический критерий потенциального неопластического риска) (в 10,4 раза), инфицирование различными генотипами ВПЧ (в 6,8 раза), выраженная интенсивность локального α- и γ-интерфероногенеза в цервикальном секрете (α-интерферона в 1,9 раза, γ-интерферона в 3,8 раза выше), высокий уровень пролактина в сыворотке крови; увеличение секреторного sIgA в вагинальном секрете.

Затраты на внедрение раннего молекулярно-генетического скрининга вируса папилломы человека на 25 % ниже затрат на лечение больных при развивающихся осложненных формах папилломавирусной инфекции.

Таким образом, внедрение технологии позволило определить факторы персистенции, повысить эффективность дифференциальной диагностики персистирующих форм урогенитальной папилломавирусной инфекции на ранних этапах, сформировать группы диспансерного наблюдения, своевременно начать лечение у 95,8 % пациенток, оптимизировать профилактику персистенции.

1.2.2. Медицинские (лечебные) технологии

В качестве примера приводим две медицинские лечебные технологии (рис. 1.7 и 1.8), разрешенные к применению в порядке, установленном законодательством РФ.



ФЕДЕРАЛЬНАЯ СЛУЖБА ПО НАДЗОРУ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ

РЕГИСТРАЦИОННОЕ УДОСТОВЕРЕНИЕ

№ ФС-2007/070-У от «24» апреля 2007 г.

Действительно до «24» апреля 2017 г.

Название медицинской технологии:

Дифференцированная наружная терапия экзематозных проявлений.

Аннотация:
Алгоритм дифференцированной наружной терапии больных с экзематозными проявлениями учитывает нозологический диагноз, характер клинических проявлений, локализацию и наличие осложнений кожного процесса и заключается в последовательном назначении наружных средств иммуномоделирующего, противовоспалительного, противоаллергического и противомикробного действия. Применение технологии позволяет оптимизировать лечение экземы и атопического дерматита: увеличивает численность излеченных больных и уменьшает сроки терапии заболевания в 1,5-1,9 раза.
*Показания, противопоказания и материально-техническое оснащение изложены в приложении.

Разработчик:
ФГУ Уральский научно-исследовательский институт дерматовенерологии и иммунопатологии Росздрава (620076, г. Екатеринбург, ул. Щербакова, 8)
Медицинская технология предназначена для врачей-дерматовенерологов.
Масштаб использования:
Специализированные лечебно-профилактические учреждения.

Руководитель Федеральной службы Н.В.Юргель
(подпись, печать)

*Регистрационное удостоверение без приложения недействительно

ФЕДЕРАЛЬНАЯ СЛУЖБА ПО НАДЗОРУ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ

ПРИЛОЖЕНИЕ
К РЕГИСТРАЦИОННОМУ УДОСТОВЕРЕНИЮ

№ ФС-2007/070-У от «24» апреля 2007 г.

Название медицинской технологии:

Дифференцированная наружная терапия экзематозных проявлений.

Показания:
Экзематозные проявления на коже в фазе острого и хронического воспаления, установленные диагнозы экземы и атопического дерматита.
Противопоказания:
- Клинические проявления вирусной инфекции кожи;
- Индивидуальная непереносимость наружных средств и компонентов, входящих в их состав.

Материально-техническое обеспечение медицинской технологии:
Разрешенные к медицинскому применению в установленном порядке средства для наружной терапии:
- Пимекролимус 1% крем (Элидел).
- Метилпреднизолона ацепонат 0,1% (Адвантан). Лекарственные формы – эмульсия для наружного применения, крем для наружного применения, мазь для наружного применения, мазь жирная (безводная) для наружного применения
- Мометазона фуроат 0,1% (Элоком). Лекарственные формы - лосьон для наружного применения, крем для наружного применения, мазь для наружного применения.
- Мометазона фуроат 0,1% и салициловая кислота 5% (Элоком С). Мазь для наружного применения.
- Бетаметазона дипропионата 0,64 мг, клотримазол 10 мг, гентамицина сульфата 1 мг (Тридерм). Лекарственные формы - крем для наружного применения, мазь для наружного применения.
- Фузидиевая кислота 20 мг 2% (Фуцидин). Лекарственные формы - крем для наружного применения, мазь для наружного применения
- Фузидиевая кислота 20 мг, гидрокортизона ацетата 10 мг (Фуцидин Г), крем для наружного применения.
- Фузидиевая кислота 20 мг, бетаметазона валерат 1 мг (Фуцикорт). Крем для наружного применения

Руководитель Федеральной службы Н.В.Юргель
(подпись, печать)

Рис. 1.7. Регистрационное удостоверение на медицинскую технологию № ФС- 2007/070-У от 24 апреля 2007 г. с приложением

На рис. 1.7 представлено регистрационное удостоверение с приложением на медицинскую технологию «Дифференцированная наружная терапия экзематозных проявлений» (№ ФС- 2007/070-У от 24 апреля 2007 г.). Данная технология предназначена для врачей-дерматовенерологов (рис. 1.7, п. 1.) и рекомендована для использования в специализированных лечебно-профилактических учреждениях (рис. 1.7, п. 2). В разделе «Материально-техническое обеспечение медицинской технологии» (рис. 1.7, п. 3) указаны разрешенные к медицинскому применению в установленном порядке средства для наружной терапии. Полное описание данной технологии нами уже приводилось в монографии «Организационно-процессуальные аспекты оказания дерматовенерологической помощи в условиях реформирования здравоохранения» (Н. В. Кунгуров, Н. В. Зильберберг. Екатеринбург: Изд-во Урал. ун-та, 2007. 276 с.), поэтому приводим лишь два раздела, касающихся материально-технического обеспечения и медицинской технологии.

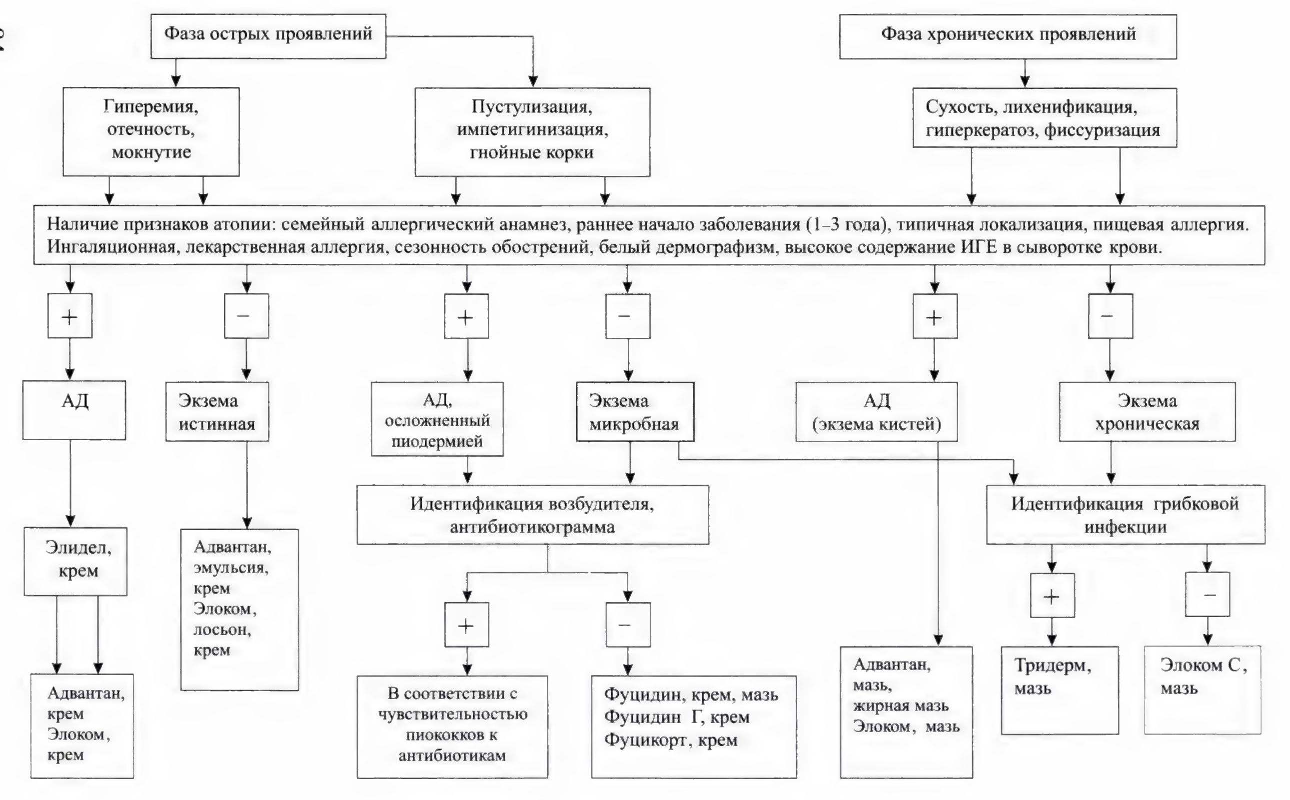


Рис. 1.8. Алгоритм диагностики и наружной терапии пациентов с экзематозными проявлениями

Материально-техническое обеспечение медицинской технологии

Средства для наружной терапии

Пимекролимус, 1 % крем для наружного применения; код АТХ–D11AX ***(Элидел)*** *(регистрационное удостоверение П № 014689/01-2002)*

Прочие ингредиенты: триглицериды, олеиловый спирт, пропиленгликоль, стеариловый спирт, цетиловый спирт, моно- и диглицериды, натрия цетостеарил сульфат, спирт бензиловый, лимонная кислота, натрия гидроксид, вода очищенная.

Метилпреднизолона ацепонат 0,1 %; код АТХ–D07AC14 ***(Адвантан)***

Лекарственные формы

Эмульсия *для наружного применения (регистрационное удостоверение № П N013563/02); метилпреднизолона ацепонат 0,1 %; прочие ингредиенты: триглицериды с цепями средней величины, софтизан 378, полиоксиэтилен-2-стериловый спирт, полиоксиэтилен-21-стериловый спирт, глицерин 85 %, бензиловый спирт, натрия эдетат, вода очищенная.*

Крем *для наружного применения (регистрационное удостоверение № П N013563/01); метилпреднизолона ацепонат 0,1 %; прочие ингредиенты: децилолеат, глицерина моностеарат, цетостериловый спирт, твердый жир, софтизан 378, полиоксил-40-стеарат, глицерин 85 %, натрия эдетат, бензиловый спирт, бутбюдюилгидрокситолуол, вода очищенная.*

Мазь *для наружного применения (регистрационное удостоверение № П N013563/03); метилпреднизолона ацепонат 0,1 %; прочие ингредиенты: белый воск, тяжелый жидкий парафин, эмульгатор Е, белый вазелин, вода очищенная.*

Мазь жирная (безводная) *для наружного применения (регистрационное удостоверение № П N013563/04); метилпреднизолона ацепонат 0,1 %; прочие ингредиенты: белый мягкий парафин, тяжелый жидкий парафин, воск микрокристаллический, гидрогенизированное касторовое масло.*

Мометазона фуроат 0,1 %, *код АТХ–D07AC13* **(Элоком)**

Лекарственные формы

Лосьон для наружного применения (регистрационное удостоверение П № 013256/03-2001); мометазона фуроат 0,1 %, прочие ингредиенты: спирт изопропиловый 40 %, пропиленгликоль, гидроксипропилцеллюлоза, натрия фосфат, вода дистиллированная.

***Крем** для наружного применения (регистрационное удостоверение П № 013256/02-2001); мометазона фуроат 0,1 %, прочие ингредиенты: гексиленгликоль, кислота фосфорная, пропиленгликольстеарат, спирт стеариловый, эфир цетилстеариловый, цетеарет-20, диоксид титана, алюминия октенилсукцинат, воск белый, вазелин отбеленный, очищенная вода.*

***Мазь** для наружного применения (регистрационное удостоверение П № 013256/01-2001); мометазона фуроат 0,1 %, прочие ингредиенты: гексиленгликоль, кислота фосфорная, пропиленгликольстеарат, воск белый, вазелин белый, очищенная вода.*

Мометазона фуроат 0,1 % и салициловая кислота 5 %,** код АТХ–D07XC **(Элоком С)

***Мазь** для наружного применения (регистрационное удостоверение П № 015104/01-2003); мометазона фуроат 0,1 %; прочие ингредиенты: гексиленгликоль, очищенная вода, пропиленгликольстеарат, воск белый, вазелин белый.*

Бетаметазона дипропионата 0,64 мг, клотримазол 10 мг, гентамицина сульфата 1 мг,** код АТХ–D07XC01 **(Тридерм)

***Мазь** для наружного применения (регистрационное удостоверение П № 013503/01-2001); прочие ингредиенты: жидкий парафин, белый вазелин.*

***Крем** для наружного применения (регистрационное удостоверение П № 013502/01-2001); прочие ингредиенты: жидкий парафин; белый вазелин; цетостеариловый спирт; пропиленгликоль; цетомакроголь, бензиловый спирт; натрия двухосновного фосфата дигидрат; фосфорная кислота; натрия гидроксид, очищенная вода.*

Фузидиевая кислота 20 мг (2 %),** код АТХ–D06AX01 **(Фуцидин)

Лекарственные формы

***Крем** для наружного применения (регистрационное удостоверение П № 011114/03); фузидиевая кислота 20 мг.*

***Мазь** для наружного применения (регистрационное удостоверение П № 011114/02); фузидиевая кислота 20 мг; прочие ингредиенты: ланолин, парафин белый мягкий, парафин жидкий, цетиловый спирт.*

Фузидиевая кислота 20 мг, гидрокортизона ацетата 10 мг;** код АТХ–D07CA01 **(Фуцидин Г)

***Крем** для наружного применения (регистрационное удостоверение П № 011629/01); фузидиевая кислота 20 мг, гидрокортизона ацетата 10 мг; прочие ингредиенты: бутилгидроксианизол; спирт цетиловый; глицерол 85 %; парафин жидкий; калия сорбат; полисорбат 60; парафин белый мягкий; кислота хлористоводородная 3М; вода очищенная.*

Фузидиевая кислота 20 мг, бетаметазона валерат 1 мг, *код АТХ–D07CC01* ***(Фуцикорт)***

Крем *для наружного применения (регистрационное удостоверение П № 011628/01); фузидиевая кислота 20 мг, бетаметазона валерат 1 мг; прочие ингредиенты: макрогола цетостеариловый эфир; цетостеариловый спирт; хлоркрезол; натрия дигидрофосфат дигидрат; парафин жидкий; парафин белый мягкий; натрия гидроксид; вода очищенная.*

Методы лабораторных исследований

Исследование содержания общего иммуноглобулина Е в сыворотке крови производится методом количественного твердофазного иммуноферментного анализа (ЗАО «Алкор Био», № ФС 032а2003/0390-04 от 12.08.2004 г.).

Определение вида возбудителя при осложненных формах кожного процесса производится проведением микробиологического исследования отделяемого очага с идентификацией микроорганизмов и определением чувствительности микрофлоры к антибиотикам с использованием сред, готовых к употреблению, и бумажных дисков, импрегнированных антибиотиками (BIO-RAD LABORATORIES, № регистрационного удостоверения МЗ РФ 2004/650 от 24.06.2004 г.).

Определение возбудителей грибковой флоры кожи проводится путем микроскопического и микологического исследований соскобов на дерматофиты и грибы *Candida* с использованием агара и бульона Сабуро (BIO-RAD, ФС № 2005/1036 от 02.08.2005 г.).

Описание медицинской технологии

Первым этапом тактических действий врача является нозологическая диагностика дерматоза, для чего проводятся сбор и оценка общего, семейного и аллергологического анамнеза, физикальное обследование пациента, определяется тип кожного дермографизма. При наличии соответствующих клинико-анамнестических признаков и симптомов (рис. 1.8) у больного диагностируется АД, что подтверждается выявлением высоких показателей содержания общего иммуноглобулина Е в сыворотке крови. При отсутствии признаков АД выставляется диагноз экземы с последующим уточнением ее вида.

На втором этапе врач назначает больным системную терапию в соответствии со Стандартами медицинской помощи больным атопическим дерматитом и экземой (Приказ МЗ и СР № 268 от 23.11.2004 г.), а наружное лечение проводится дифференцированно в соответствии с представленным алгоритмом (см. рис. 1.8). Фаза острых проявлений (активная

гиперемия очагов, отечность кожи, на этом фоне мелкие и мельчайшие везикулы, точечные эрозии, серозные корки, экскориации) у лиц старше 20 лет, в особенности с указанием на воздействие неблагоприятных бытовых и производственных факторов, может быть манифестацией истинной (идиопатической) экземы. У таких пациентов рациональным является наружное применение топических ГКС из группы «сильных», в молекуле которых отсутствуют атомы фтора, – Адвантана и Элокома. Использование лекарственных форм эмульсии Адвантан и лосьона Элоком (содержащих спирты, глицерин и очищенную воду) способствует быстрому регрессу экссудативных проявлений, отека кожи под воздействием сильных ГКС и подсушивающего и охлаждающего действия основы лекарственного средства. Препараты применяются один раз в сутки, длительность терапии составляет 7–9 дней.

При установлении диагноза АД в фазе острых проявлений с легкой и умеренной тяжестью течения процесса терапевтическим средством является крем Элидел, нанесение которого проводят 2 раза в сутки, а длительность лечения составляет 14–21 день. Терапия нестероидным препаратом Элидел позволяет избежать риска формирования атрофии кожи, может применяться у детей раннего возраста (от 3 месяцев) и при локализации высыпаний в особо чувствительных зонах (лицо, шея, складки). Пролонгирование применения крема Элидел до 4–6 недель способствует удлинению состояния клинической ремиссии и предотвращает обострения АД. В случае формирования у пациента тяжелых проявлений АД (выраженная воспалительная инфильтрация, участки лихенификации, обширная распространенность процесса) в наружной терапии используют ГКС Адвантан (у детей от 6 месяцев), Элоком (у детей от 2 лет) в лекарственной форме крема (лицо, шея, складки) и мази (конечности, туловище).

Применение препарата Элоком, принадлежащего к классу «сильных» топических ГКС, дает быстрый и выраженный противовоспалительный эффект, в том числе за счет его способности снижать синтез провоспалительных цитокинов и медиаторов в коже. Оптимальное сочетание высокой местной активности (подавление процесса воспаления, гиперпролиферации, зуда) и безопасности (минимальная системная адсорбция, отсутствие атофогенного действия) делают Элоком препаратом первой линии в терапии АД у взрослых, подростков и детей старше 2 лет.

При наличии у пациентов одновременно островоспалительных проявлений и клинических признаков пиогенных осложнений кожного процесса диагностируются АД, осложненный вторичной пиококковой инфекцией, или микробная экзема. После идентификации возбудителя, определения спектра чувствительности пиококков к антибиотикам (что

особенно важно при рецидивах гнойных осложнений более 3 раз в году) назначаются наружные средства соответствующего состава. В случае невозможности проведения бактериологических исследований эмпирическая терапия проводится препаратами, содержащими фузидиевую кислоту (крем, мазь Фуцидин, Фуцидин Г, Фуцикорт), чувствительность штаммов *Staphylococcus aureus* к которой сохраняется на уровне 95,0–100,0 %. На поражения в области лица, шеи, складок рационально применение крема Фуцидин Г, содержащего гидрокортизона ацетат, при локализации очагов на конечностях и туловище – крема Фуцикорт, в состав которого входит бетеметазона валерат. Средняя длительность терапии составляет 7–9 дней.

Фаза хронических проявлений (очаги застойной гиперемии, выраженная воспалительная инфильтрация, лихенификация, гиперкератоз и сухость) может свидетельствовать о поздней (взрослой) стадии развития АД, чаще локализующегося на конечностях. Рациональным является применение в терапии ГКС средств Адвантана или Элокома в лекарственных формах, оказывающих ожиряющее и смягчающее действие (мазь, жирная мазь). Сроки наружной терапии составляют 10–16 дней. Подобные высыпания в отсутствие клинико-анамнестических признаков и симптомов АД являются манифестациями хронической экземы. Данные клинические проявления необходимо отличать от грибковых поражений гладкой кожи, для чего производится микроскопическое и микологическое исследование на дерматофиты и грибы рода *Candida*. В случае обнаружения грибов-возбудителей микозов назначается терапия мазью Тридерм (2 раза в сутки сроком до 14–16 дней), при отсутствии грибов-возбудителей для терапии гиперкератотических проявлений применяется препарат Элоком С (2 раза в сутки сроком до 14 дней).

Представленная медицинская технология, реализованная в виде алгоритма дифференцированного назначения наружной терапии у пациентов с различными видами экземы и атопического дерматита, проводимой в соответствии с нозологической формой дерматоза, характером клинических проявлений основного заболевания и сопутствующих осложнений, оптимизирует лечение АД: увеличивает численность излеченных больных и уменьшает сроки терапии заболевания в 1,3–1,9 раза.

В докладе министра здравоохранения и социального развития Российской Федерации Татьяны Голиковой «О плане мероприятий по достижению количественных и качественных показателей, установленных на 2008 год» (заседание Правительства Российской Федерации 27 марта 2008 г.) особо отмечено, что с 2008 г. «доступность и качество медицинской помощи будут обеспечиваться за счет повышения структурной эффектив-

ности функционирования системы здравоохранения: переориентации части объемов медицинской помощи на амбулаторно-поликлинический этап с развитием стационарзамещающих технологий; более рациональное и результативное использование коечного фонда, в том числе для оказания высокотехнологичных видов помощи; улучшение преемственности в рамках проводимой диспансеризации».

Данные статистической отчетности, принятой в Российской Федерации, не позволяют объективно оценить и проанализировать структуру больных псориазом в зависимости от форм заболевания и тяжести течения процесса. Однако в зарубежных исследованиях подчеркивается, что до 65,0–75,0 % всех пациентов имеют легкую и умеренную тяжесть кожного процесса, оцениваемую по стандартизованному индексу тяжести псориаза PASI в 10–20 баллов. У 25,0–35,0 % больных псориаз протекает тяжело, высыпания носят распространенный характер с выраженной инфильтрацией и шелушением, сопровождаются зудом и чувством жжения кожи, сочетаются со специфическим поражением суставов. У таких пациентов индекс PASI составляет более 20 баллов, периоды обострения длительные, часто формируется резистентность к стандартным методам терапии.

Оптимизация оказания специализированной помощи больным псориазом в настоящее время требует комплексного подхода, включающего как улучшение работы амбулаторно-поликлинического звена, в том числе с повышением эффективности стационарзамещающих технологий, так и госпитального этапа, обеспечивающего результативную стационарную, в том числе высокотехнологичную, помощь, адекватную, своевременную и обоснованную (с позиций доказательной медицины) преемственность в рамках проводимой диспансеризации.

Утвержденные МЗиСР Российской Федерации Стандарты оказания медицинской помощи содержат необходимый объем клинического и лабораторного обследования пациентов, кодированный перечень предполагаемых медицинских услуг и манипуляций, а также фармакологические препараты и характеристику их назначения с дозовым режимом применения. В то же время стандарты ориентированы на большие (общие) контингенты больных, не описывают подходы к лечению в зависимости от клинической формы и стадии заболевания, не содержат информацию о тактике ведения пациентов с осложненными вариантами течения дерматоза. В разработанной в ФГУ «УрНИИДВиИ Росмедтехнологий» медицинской технологии имеется Алгоритм тактики терапии больных псориазом (рис. 1.9), представлена научно обоснованная последовательность действий врача в процессе проведения терапии.

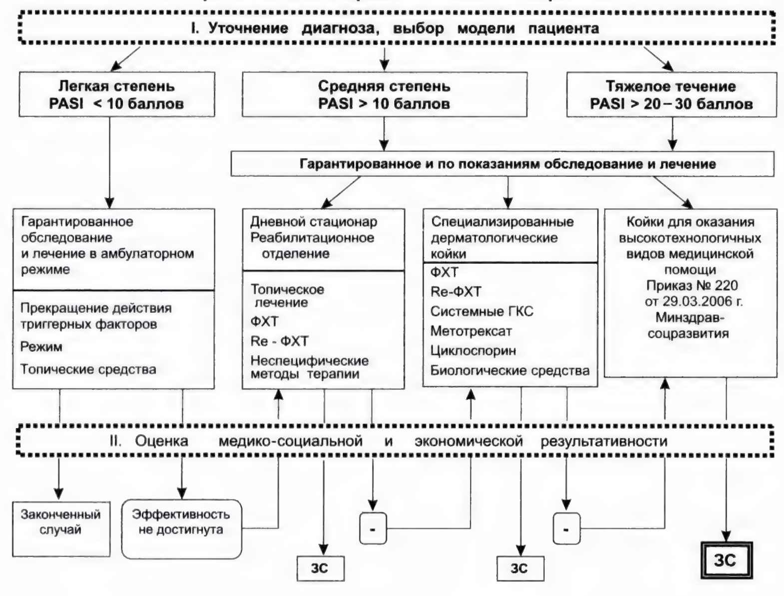


Рис. 1.9. Алгоритм выбора тактики терапии больных псориазом:
PASI – индекс тяжести псориаза; ЗС – законченный случай; – эффективность не достигнута.

При наличии у пациента легкой степени тяжести псориаза (PASI < 10 баллов) лечение, как правило, проводится в амбулаторном режиме специалистами-дерматовенерологами или врачами общей практики с использованием только наружных средств; при неэффективности данного подхода гарантированное и по показаниям обследование и лечение проводятся в условиях дневного стационара или реабилитационного отделения. Больным со средним и тяжелым течением заболевания (PASI > 10 и 20 баллов соответственно) назначаются методы системной терапии в сочетании с наружным лечением, что способствует достижению эффективности терапии (законченный случай). При тяжелом течении псориаза, отсутствии результатов от стандартной терапии заболевания и частых обострениях процесса возможно лечение пациента по программе высокотехнологичной медицинской помощи в дерматологии, койки для оказания которой выделены в крупных научно-практических учреждениях Российской Федерации.

Наружное лечение псориаза является неотъемлемой частью терапев-

тического комплекса и проводится при любой форме кожных манифестаций заболевания, при этом доказательной эффективностью и безопасностью обладают глюкокортикостероидные гормоны (ГКС), среди которых выделяются препараты, содержащие бетаметазон (Целестодерм), а также мометазона фуроат (элоком и элоком С). Доказательная эффективность и безопасность установлены также для препаратов кальципотриола (Дайвонекс, Дайвобет), для лечебных шампуней, содержащих деготь и цинк (серия шампуней Фридерм).

Учитывая возможность и необходимость использования многообразных средств топической терапии псориаза (в настоящее время зарегистрировано более 30 препаратов для наружного лечения), рациональным является обоснование выбора наружного средства для проведения дифференцированного и этапного местного лечения пациентов с разнообразными клиническими формами псориаза в прогрессирующую и стационарную стадии процесса. Указанные задачи решает медицинская технология «Дифференцированная топическая терапия больных псориазом» (регистрационное удостоверение № ФС-2007/086-У от 03.05.2007 г. (рис. 1.10). Данная технология предназначена для специалистов-дерматовенерологов к использованию в специализированных КВУ.



ФЕДЕРАЛЬНАЯ СЛУЖБА ПО НАДЗОРУ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ

РЕГИСТРАЦИОННОЕ УДОСТОВЕРЕНИЕ

№ ФС-2007/086-У от «03» мая 2007 г.

Действительно до «03» мая 2017 г.

Название медицинской технологии:

Дифференцированная топическая терапия больных псориазом.

Аннотация:
Технология дифференцированной топической терапии больных псориазом включает выбор и последовательность применения глюкокортикостероидных средств и препаратов, содержащих кальципотриол, с учетом локализации процесса и выраженности клинических симптомов. Применение технологии позволяет увеличить эффективность терапии с сокращением сроков госпитального этапа лечения больных псориазом на 22,9-26,8% койко-дней, способствует удлинению ремиссии дерматоза на 23,0-27,0%.
*Показания, противопоказания и материально-техническое оснащение изложены в приложении.

Разработчик:
ФГУ Уральский научно-исследовательский институт дерматовенерологии и иммунопатологии Росздрава (620076, г. Екатеринбург, ул. Щербакова, 8)

Медицинская технология предназначена для врачей-дерматовенерологов.

Масштаб использования:
Специализированные лечебно-профилактические учреждения.

Руководитель
Федеральной службы Н.В.Юргель

(подпись, печать)

*Регистрационное удостоверение без приложения недействительно

ФЕДЕРАЛЬНАЯ СЛУЖБА ПО НАДЗОРУ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ

ПРИЛОЖЕНИЕ
К РЕГИСТРАЦИОННОМУ УДОСТОВЕРЕНИЮ

№ ФС-2007/086-У от «03» мая 2007 г.

Название медицинской технологии:

Дифференцированная топическая терапия больных псориазом.

Показания:
Вульгарная и осложненные формы псориаза, тяжелые клинические варианты псориатического процесса.

Противопоказания:
Индивидуальная непереносимость наружных средств и компонентов, входящих в их состав.
Для препаратов, содержащих глюкокортикостероидные гормоны: возраст до 2-х лет, бактериальные, вирусные или микотические заболевания кожи, туберкулез кожи, сифилис, поствакцинальные реакции, беременность, лактация.
Для препаратов, содержащих кальципотриол: беременность, лактация, гиперкальциемия, гиперкальциурия, гипервитаминоз витамина D, нефроуролитиаз в анамнезе, возраст до 6 лет, пожилой возраст (старше 65 лет).

Материально-техническое обеспечение медицинской технологии:
Разрешенные к медицинскому применению в установленном порядке:
- Бетаметазон, салициловая кислота (Дипросалик): лосьон для наружного применения, мазь для наружного применения;
- Мометазона фуроат (Элоком): лосьон для наружного применения, мазь для наружного применения; крем для наружного применения;
- Мометазона фуроат, салициловая кислота (Элоком С): мазь для наружного применения;
- Кальципотриол (Дайвонекс): раствор для наружного применения крем для наружного применения, мазь для наружного применения
- Кальципотриол, бетаметазона дипропионат (Дайвобет): мазь для наружного применения.
- Фридерм деготь, шампунь; Фридерм цинк, шампунь.

Руководитель
Федеральной службы Н.В.Юргель

(подпись, печать)

Рис. 1.10. Регистрационное удостоверение и приложение к нему на медицинскую технологию «Дифференцированная топическая терапия больных псориазом»

Материально-техническое обеспечение медицинской технологии

Бетаметазон, салициловая кислота; код АТХ–D07XC01 **(Дипросалик)**

Лекарственные формы

Лосьон *для наружного применения (регистрационное удостоверение П № 015953/01); 1 г лосьона Дипросалик содержит 0,64 мг бетаметазона дипропионата, что эквивалентно 0,5 мг (0,05 %) бетаметазона и 20 мг (2 %) салициловой кислоты.*

Мазь *для наружного применения (регистрационное удостоверение П № 011343/02-2001); 1 г мази Дипросалик содержит 0,64 мг бетаметазона дипропионата, что эквивалентно 0,5 мг (0,05 %) бетаметазона и 30 мг (3 %) салициловой кислоты.*

Мометазона фуроат; *код АТХ–D07AC13* ***(Элоком)***

Лекарственные формы

Лосьон *для наружного применения (регистрационное удостоверение П № 013256/03-2001); мометазона фуроат 0,1 %.*

Крем *для наружного применения (регистрационное удостоверение П № 013256/02-2001); мометазона фуроат 0,1 %.*

Мазь *для наружного применения (регистрационное удостоверение П № 013256/01-2001); мометазона фуроат 0,1 %.*

Мометазона фуроат, салициловая кислота; *код АТХ–D07XC01* ***(Элоком С)***

Мазь *для наружного применения (регистрационное удостоверение П № 015104/01-2003); мометазона фуроат 0,1 %, салициловая кислота 5,0 %.*

Кальципотриол; *код АТХ–D05AX02* **(Дайвонекс)**

Лекарственные формы

Раствор *для наружного применения (регистрационное удостоверение П № 016256/02); кальципотриол 500 мкг; прочие ингредиенты: гидроксипропилцеллюлоза, изопропанол, левоментол, пропиленгликоль, натрия цитрат, вода.*

Крем *для наружного применения (регистрационное удостоверение П № 016256/03); кальципотриол 500 мкг; прочие ингредиенты: полиэтиленгликоля цетилат, цетостеариловый спирт, хлоралилгексамина хлорид, динатрия эдетат, натрия гидрофосфат, глицерол 85 %, парафин жидкий, парафин белый, вода.*

Мазь *для наружного применения (регистрационное удостоверение П № 016256/01); кальципотриол 500 мкг; прочие ингредиенты: динатрия эдетат, натрия гидрофосфат, α-токоферол, парафин жидкий, полиэтиленгликоля стеарат, пропиленгликоль, парафин белый, вода.*

Кальципотриол, бетаметазона дипропионат; *код АТХ–D05AX* ***(Дайвобет)***

Мазь *для наружного применения (регистрационное удостоверение П № 015586/01); кальципотриол 50 мкг; бетаметазона дипропионат 500 мкг, прочие ингредиенты: парафин жидкий, полиоксипропилен-15-стеариловый эфир, α-токоферол, парафин белый мягкий.*

Фридерм деготь, *шампунь; код АТХ–D11AC30 (регистрационное удостоверение П № 014193/01-2002); деготь каменноугольный очищенный 5 мг в 1,0 мл; прочие ингредиенты: триэтаноламина лаурил сульфат, полиэтиленгликоль-8-дистеарат, моноэтаноламина кокамид, диэтаноламина кокамид, натрия хлорид, вода дистиллированная.*

Фридерм цинк, *шампунь; код АТХ–D11AC30 (регистрационное удостоверение П № 014200/01-2002); пиритион цинк суспензии 2 %; прочие ингредиенты: триэтаноламина лаурил сульфат, полиэтилен-гликоль-8-дистеарат, моноэтаноламина кокамид, диэтаноламина кокамид, натрия хлорид, камедь, гидроксипропилметилцеллюлоза, вода дистиллированная.*

После установления диагноза псориаза, проведения клинического и лабораторного обследования наружное лечение назначается дифференцированно в зависимости от стадии заболевания (прогрессирующая, стационарная), характера клинических проявлений и превалирования отдельных симптомов с учетом особенности локализации процесса.

В прогрессирующей стадии псориаза (рис. 1.11) при выраженных явлениях гиперкератоза, наличии плотных чешуек на поверхности бляшек, обильного шелушения (Ш 3–4 балла) назначается терапия мазью Элоком С однократно в сутки в течение 10–14 дней. Высокая клиническая результативность препарата Элоком С определяется патогенетическим действием ГКС мометазона фуроата (0,1 %) на воспалительные и гиперпролиферативные явления в эпидермисе и дерме в сочетании с салициловой кислотой (5 %), способной усиливать десквамацию корнеоцитов и увеличивать проникновение стероида ГКС в патологический очаг, что клинически характеризуется активным регрессом симптомов псориаза. После очищения поверхности бляшек и уменьшения выраженности воспалительных проявлений терапия продолжается мазью, кремом Элоком до полного регресса псориатических проявлений.

В случае преобладания в клинической картине выраженной гиперемии и воспалительной инфильтрации кожи (Э 2–4; И 2–4 балла) назначается терапия препаратом Дайвобет однократно в сутки в течение 10–14 дней, после чего, при снижении активности симптомов воспаления для полного регресса элементов и в целях поддержания достигнутого клинического эффекта, лечение продолжают мазью или кремом Дайвонекс. При псориатическом поражении кожи волосистой части головы назначаются обладающие противовоспалительным, отшелушивающим действием лосьон Дипросалик (однократно утром или днем), мазь Дипросалик (однократно вечером), терапия проводится в течение 7–10 дней. Далее,

при наличии шелушения, инфильтрации, гиперемии (2–3 балла), эффективно применение утром шампуня Фридерм деготь и нанесение лосьона Дипросалик одно-, двухкратно в течение дня. При умеренной инфильтрации, гиперемии и шелушении псориатических очагов на коже волосистой части головы (1–2 балла) утром рекомендуется шампунь Фридерм цинк и одно-, двухкратно – лосьон Элоком.

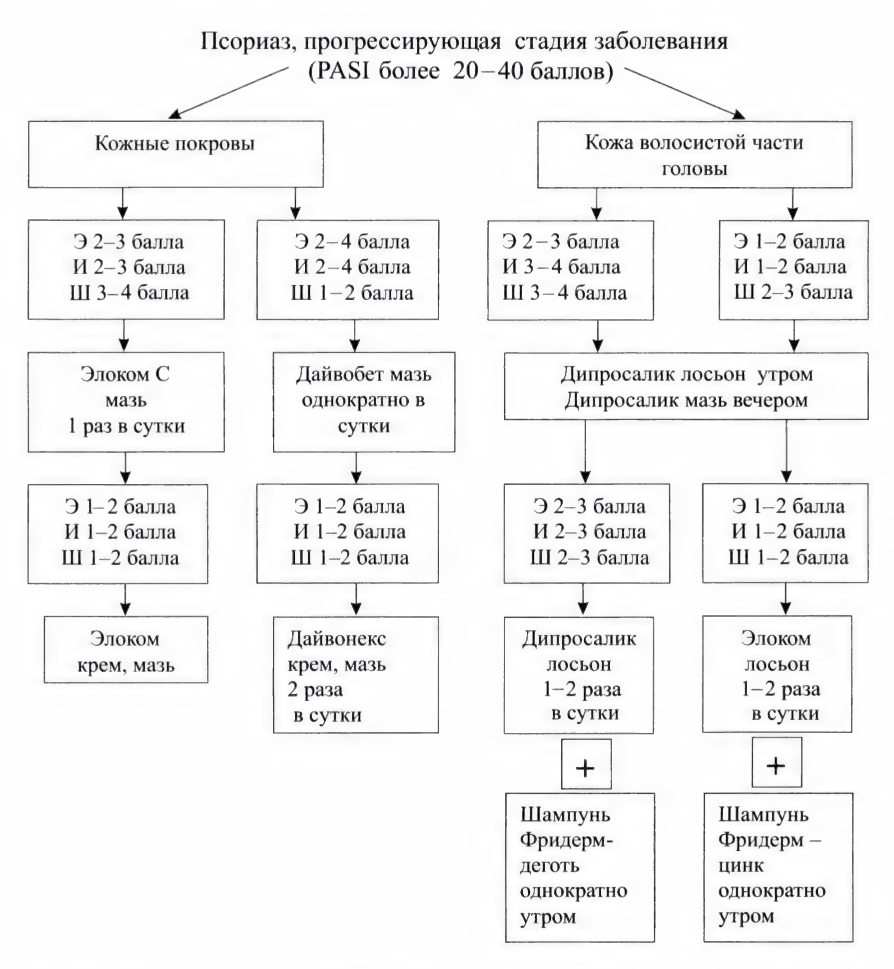


Рис. 1.11. Алгоритм топической терапии больных псориазом в прогрессирующей стадии заболевания

В стационарной стадии псориаза (рис. 1.12), когда для высыпаний характерны умеренная эритема и инфильтрация и преобладают выраженный гиперкератоз и шелушение (2–4 балла), терапия начинается с использования мази Дипросалик двухкратно в сутки в течение 14–16 дней. При явлениях выраженной инфильтрации (2–3 балла), умеренного шелушения и гиперемии (1–2 балла) эффективно назначение мази Дайвонекс двухкратно в сутки в течение 14–20 дней. После достижения регресса активности основных симптомов (Э 0–1; И 1-2; Ш 0–1 балл) терапия продолжается кремом/мазью Дайвонекс двухкратно в сутки до полного разрешения высыпаний.



Рис. 1.12. Алгоритм топической терапии больных псориазом в стационарной стадии заболевания

Высыпания на коже волосистой части головы в стационарной стадии псориаза, как правило, сопровождаются обильным шелушением, в этом случае терапия проводится лосьоном Дипросалик с однократным нане-

сением лекарственного средства и применением шампуня Фридерм цинк. В случае умеренного или минимального шелушения (Ш 0–1 балл) и наличия инфильтрации в лечении рационально использовать Дайвонекс раствор двухкратно в сочетании с шампунем Фридерм деготь.

Принципиальным отличием данной технологии, представленной в виде алгоритмов назначения наружной терапии больным с различными стадиями псориаза, является последовательное применение патогенетически ориентированных лекарственных средств, назначение которых проводится дифференцированно в зависимости от локализации процесса и особенностей клинических проявлений заболевания на коже и на волосистой части головы. Технология наружной терапии больных псориазом воспроизводима, доступна и осуществима как при госпитальном, так и при амбулаторном режиме лечения.

Для пациентов, тяжесть заболевания у которых носит средний характер (PASI > 10 баллов), медицинская помощь оказывается преимущественно в режиме дневного стационара или на госпитальном этапе, если имеются показания к госпитализации в специализированный стационар (см. рис. 1.9).

Пациентам со среднетяжелым псориазом чаще назначается системная терапия заболевания, показаниями для которой являются отсутствие эффективности от адекватно проведенной наружной терапии; повторные госпитализации для проведения наружной терапии, после которых наступает обострение процесса в короткие сроки; выраженные псориатические высыпания у детей, подростков, пожилых пациентов; генерализованный пустулезный псориаз и псориатическая эритродермия; выраженная псориатическая артропатия (артропатический псориаз).

К системной терапии относятся фотохимиотерапия (ФХТ; ПУВА-терапия и комбинированные методы, включающие ПУВА-терапию), системные ГКС, иммуносупрессивные препараты и биологические средства.

Имеется большой клинический опыт использования фотохимиотерапии псориаза с пероральным применением современных фотосенсибилизаторов (аммифурин, оксорален, метоксален) и облучения спектром УФ-лучей с длиной волны 320–400 нм. По мере накопления фактического материала по применению ПУВА-терапии в дерматологии выяснилось, что в процессе лечения, в особенности при повторных курсах терапии, наблюдаются различные осложнения и побочные явления, к которым относятся патология глаз, фотостарение кожи, риск возникновения новообразований.

Для пациентов с распространенным псориазом средней и тяжелой степени в ФГУ «УрНИИДВиИ Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию» на основании патента № 2135184 от 27.08.1999 г. разработана медицинская технология **«Комплексное лечение больных псориазом с использованием витамина D_2 и витамина А в сочетании с фотохимиотерапией»** (регистрационное удостоверение № ФС- 2006/031-У) (рис. 1.13).



ФЕДЕРАЛЬНАЯ СЛУЖБА ПО НАДЗОРУ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ

РЕГИСТРАЦИОННОЕ УДОСТОВЕРЕНИЕ

№ ФС-2006/031-У от «17» марта 2006 г.

Действительно до «17» марта 2016 г.

Название медицинской технологии:

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ВИТАМИНА D_2 И ВИТАМИНА А В СОЧЕТАНИИ С ФОТОХИМИОТЕРАПИЕЙ

Аннотация:
Комбинированный метод лечения больных псориазом заключается в сочетании известных доступных средств (витамины D_2, А) и фотохимиотерапии (ФХТ), приводящего за счет взаимного потенцирующего действия к выраженному терапевтическому эффекту при отсутствии побочных явлений, сокращении количества процедур ФХТ и сроков лечения.
Патент на изобретение № 2135184 «Способ лечения псориаза».
*Показания, противопоказания и материально-техническое оснащение изложены в приложении.

Разработчик:
ФГУ Уральский научно-исследовательский институт дерматологии и иммунопатологии Росздрава (620076, г. Екатеринбург, ул. Щербакова, 8)

Медицинская технология предназначена для врачей-дерматовенерологов.

Руководитель Федеральной службы **Р.У. Хабриев**

(подпись, печать)

*Регистрационное удостоверение без приложения недействительно

ФЕДЕРАЛЬНАЯ СЛУЖБА ПО НАДЗОРУ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ

ПРИЛОЖЕНИЕ К РЕГИСТРАЦИОННОМУ УДОСТОВЕРЕНИЮ

№ ФС-2006/031-У от «17» марта 2006 г.

Название медицинской технологии:

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ВИТАМИНА D_2 И ВИТАМИНА А В СОЧЕТАНИИ С ФОТОХИМИОТЕРАПИЕЙ

Показания:

Вульгарные и осложненные формы псориаза, включая наиболее тяжелые варианты псориатического процесса.

Противопоказания:
- Онкологические заболевания;
- Патология печени и почек;
- Сахарный диабет;
- Катаракта;
- Беременность;
- Повышенная фоточувствительность;
- Непереносимость витаминов А и D_2.

Материально-техническое обеспечение медицинской технологии:

Витамин А; витамин D_2, оксорален ультра; кабина для фотохимиотерапии; 2% салициловая мазь.

Руководитель Федеральной службы **Р.У. Хабриев**

(подпись, печать)

Рис. 1.13. Регистрационное удостоверение и приложение к нему на медицинскую технологию «Комплексное лечение больных псориазом с использованием витамина D_2 и витамина А в сочетании с фотохимиотерапией»

Новизна предлагаемого метода терапии больных псориазом заключается в достижении синергического эффекта сочетанием известных доступных средств (витамины D_2, А) и метода ФХТ, приводящего за счет взаимного потенцирующего действия к выраженному терапевтическому эффекту при отсутствии побочных проявлений, сокращении числа процедур фотохимиотерапии и сроков лечения.

Данная медицинская технология предназначена для терапии больных вульгарной и осложненными формами псориаза, включая наиболее тяжелые варианты псориатического процесса, проводимой в специализированных КВУ врачами-дерматовенерологами.

Материально-техническое обеспечение медицинской технологии

Фармакологические средства, оборудование	Характеристика
Витамин А	70/528/7, «Ретиноиды» (Россия)
Витамин D_2	73/566/25, «Русфар» (Россия)
Оксорален-ультра	№ 855, ICN Pharmaceuticals, Inc.
Установка для фотохимиотерапии: метод СФТ и ПУВА	«УВ-1000К» № 98/621 29.04.1998 г. (Германия)
2 % салициловая мазь	64/228/112, ICN «Полифарм» (Россия)
Дайвонекс, мазь	003456, LEO Pharmaceutical Products Ltd. (Дания)

Среди пациентов с псориазом до 10,0–15,0 % составляют больные с осложненными формами заболевания (экссудативный, пустулезный псориаз, псориатическая эритродермия), а также пациенты с псориатическим поражением суставов, в терапии которых применяются системные методы лечения, оказывающие иммуносупрессивное действие. Эта подгруппа больных, как правило, страдает сопутствующими хроническими воспалительными заболеваниями органов и систем.

Для пациентов с тяжелыми, осложненными и резистентными формами заболевания, высокой воспалительной коморбидностью в ФГУ «УрНИИДВиИ Росздрава» разработана медицинская технология **«Метод лечения больных псориазом с применением фотохимиотерапии и полиоксидония»** (регистрационное удостоверение № ФС-2006/021-У) (рис. 1.14).

Технология предназначена для врачей-дерматовенерологов специализированных КВУ при лечении больных с вульгарной формой псориаза, с осложненными (эритродермия, пустулезный, каплевидный и экссудативный псориаз, псориатический артрит) формами заболевания.

Материально-техническое обеспечение медицинской технологии

Фармакологические средства, оборудование	Характеристика
Аммифурин	№ 70/151/48, «ВИЛАР» (Россия)
Установка для фотохимиотерапии: метод СФТ и ПУВА	«УВ-1000К» № 98/621 29.04.1998 г. (Германия)
Полиоксидоний	№ 96/302/9, «Иммафарма» (Россия)
2 % салициловая мазь	64/228/112, ICN «Полифарм» (Россия)



ФЕДЕРАЛЬНАЯ СЛУЖБА ПО НАДЗОРУ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ

РЕГИСТРАЦИОННОЕ УДОСТОВЕРЕНИЕ

№ ФС-2006/021-У от «10» марта 2006 г.

Действительно до «10» марта 2016 г.

Название медицинской технологии:

МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ С ПРИМЕНЕНИЕМ ФОТОХИМИОТЕРАПИИ И ПОЛИОКСИДОНИЯ

Аннотация:
Предложен комбинированный метод лечения псориаза с применением фотохимиотерапии и иммунокорректора полиоксидония, позволяющий повысить эффективность терапии больных с тяжелыми торпидными проявлениями псориаза и снизить риск развития побочных эффектов.
Патент на изобретение № 2200017 «Способ лечения псориаза»

*Показания, противопоказания и материально-техническое оснащение изложены в приложении.

Разработчик:
ФГУ Уральский научно-исследовательский институт дерматологии и иммунопатологии Росздрава (620076, г. Екатеринбург, ул. Щербакова, 8)

Медицинская технология предназначена для врачей-дерматовенерологов.

Масштаб использования: специализированные дермато-венерологические учреждения.

**Руководитель
Федеральной службы** Р.У.Хабриев

(подпись, печать)

*Регистрационное удостоверение без приложения недействительно



ФЕДЕРАЛЬНАЯ СЛУЖБА ПО НАДЗОРУ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ

ПРИЛОЖЕНИЕ
К РЕГИСТРАЦИОННОМУ УДОСТОВЕРЕНИЮ

№ ФС-2006/021-У от «10» марта 2006 г.

Название медицинской технологии:

МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ С ПРИМЕНЕНИЕМ ФОТОХИМИОТЕРАПИИ И ПОЛИОКСИДОНИЯ

Показания:
К назначению фотохимиотерапии - вульгарные и осложненные (эритродермия, пустулезный, каплевидный и экссудативный псориаз, псориатический артрит) формы псориатической болезни.
К назначению иммунотропного препарата - тяжелое, затяжное или непрерывно-рецидивирующее течение псориатического процесса; торпидность к терапии.

Противопоказания:
- онкологические заболевания, в том числе меланома;
- острые и хронические заболевания печени и почек;
- сахарный диабет;
- тиреотоксикоз;
- катаракта;
- беременность;
- повышенная фоточувствительность;
- возраст пациентов до 18 лет.

Материально-техническое обеспечение медицинской технологии:
Аммифурин (Р.У. № 70/151/48); кабина для фотохимиотерапии; полиоксидоний; 2% салициловая мазь

**Руководитель
Федеральной службы** Р.У.Хабриев

(подпись, печать)

Рис. 1.14. Регистрационное удостоверение и приложение к нему на медицинскую технологию «Метод лечения больных псориазом с применением фотохимиотерапии и полиоксидония»

Данная медицинская технология осуществляется следующим образом. ФХТ проводят 4 раза в неделю по общепринятой методике: после приема пищи больному назначают внутрь фотосенсибилизатор аммифурин в дозе, соответствующей массе тела. Через 2 часа проводят ультрафиолетовое облучение с длиной волны 320–400 нм. Параллельно назначают полиоксидоний. Препарат вводят внутримышечно в дозе 0,006 г (перед введением препарат растворяют в 1 мл физиологического раствора), № 5, через день. Данный терапевтический метод предложен с целью повышения эффективности терапии больных с вульгарными, тяжелыми торпидными, затяжными, непрерывно рецидивирующими проявлениями псориаза и уменьшения риска развития осложнений. Возможно продление курса полиоксидония до 10 инъекций в терапии больных с наиболее тяжелым течением процесса: осложненным вариантом в виде пустулезного псориаза, эритродермии, с явлениями псориатического артрита. Наружно применяется сочетание 2 % салициловой мази и крема Унны, возможна терапия с использованием алгоритма дифференцированного назначения топических ГКС (Элоком С, элоком) и препаратов кальципотриола (Дайвонекс, Дайвобет).

Таблица 1.13

Сравнительная эффективность методов лечения псориаза

Метод лечения	*n*	Коэффициент снижения индекса PASI	Число процедур ФХТ	Суммарная доза УФА, Дж/см^2	Побочные явления	Койко-день	Сроки ремиссии, мес.
ФХТ (I)	48	3,0±0,5	18,0± 0,67	90,0	Голово-кружение, тошнота	30,4± 2,1	3,9±1,2
ФХТ + ПО (II)	87	10,0±3,9*	13,0±1,0	57,0	Отсутст-вуют	22,6± 1,7	7,1±1,3

* Достоверность различий между группами I и II ($p < 0,05$).

В дополнение к традиционной ПУВА-терапии в Федеральном государственном учреждении «Центральный научно-исследовательский кожно-венерологический институт Росздрава» (директор академик РАМН, профессор А. А. Кубанова) разработана также медицинская технология «Лечение больных псориазом методом ПУВА-ванн». Технология утверждена Росздравнадзором (15.08.2006 г., № ФС-2006/251), в ней представлено описание высокоэффективной технологии лечения больных псориазом, заключающейся в сочетанном применении ванн с фотосенсибилизаторами фурокумаринового ряда и длинноволнового ультрафиолетового излучения (УФА-диапазон, длина волны 320–400 мм). Данный вид лечения псориаза предлагается в практику отечественного здравоохранения впервые. ПУВА-ванны по эффективности не уступают традиционной ПУВА-терапии, однако в отличие от нее позволяют избежать побочных эффектов, возникающих при приеме фотосенсибилизаторов фурокумаринового ряда внутрь или при наружном их нанесении в виде спиртовых растворов и кремов.

Применение системных методов терапии больных псориазом (ГКС гормоны, фотохимиотерапия, цитостатики и иммунодепрессанты) на фоне имеющейся соматической патологии формируют дополнительный риск возникновения ятрогенных метаболических нарушений, связанных с воздействием фармакологических средств на мембраны клеток крови, печени, слизистых оболочек желудочно-кишечного тракта и иммунной системы. В целях повышения эффективности и безопасности терапии больных псориазом путем протектирования деструктивного влияния на мембраны тканевых структур у пациентов, получающих патогенетическую системную терапию в ФГУ «Нижегородский научно-исследовательский кожно-венерологический институт Росздрава», разработана медицинская технология «Лечение больных псориазом с использованием мембранопротекторов» (утверждена Росздравнадзором 20 апреля 2007 г. № ФС-2007/056-У).

В технологии представлены схемы назначения мембранопротекторов (токоферола-ацетат, ретинол, димефосфон, левокарнитин) в режиме монотерапии и в комплексном лечении больных псориазом, установлены высокая эффективность терапии у 80 % пациентов, отсутствие побочных явлений и осложнений во время проведения лечения.

У пациентов со средним и тяжелым течением процесса, сочетающимся с поражением суставов, обоснованным является проведение иммуносупрессивной терапии, в перечень которой входят циклоспорин, лефлуномид, тимодепрессин; обладающий иммуносупрессивным и цитостатическим действием препарат метотрексат, а также препараты из группы селективных иммунодепрессантов инфликимаб (Ремикейд), адалимумаб (Хумира), эфализумаб (Раптива), называемые также «биологические препараты» или «модификаторы биологического ответа».

Наряду с известными доказательно эффективными методами терапии псориаза с использованием метотрексата и циклоспорина в последние годы появились сообщения об успешном применении отечественного иммунодепрессивного препарата Тимодепрессин. В целях уточнения параметров интеграции препарата Тимодепрессин в комплексную терапию больных псориазом, установления дифференцированных режимов назначения препарата при различных стадиях и формах псориатического процесса в ФГУ «УрНИИДВиИ Росмедтехнологий» разработана медицинская технология «Иммуносупрессор тимодепрессин в комплексной терапии больных псориазом», находящаяся на утверждении в Росздравнадзоре. Данная медицинская технология показана в терапии вульгарных и осложненных форм псориаза, включая наиболее тяжелые клинические варианты псориатического процесса и предназначена для врачей-дерматовенерологов специализированных КВУ.

Материально-техническое обеспечение медицинской технологии

Фармакологические средства	Характеристика
Преднизолон раствор, амп. по 30,0 мг – 1,0 мл	№ 012433/01-2000, Gedeon Richter (Венгрия)
Тимодепрессин (раствор для в/м введения)	№ PN000022/04 от 14.03.2008 г., ЗАО «Центр “Пептос”»
Тимодепрессин капли назальные (0,1 %)	№ PN000022/03 от 14.03.2008 г., ЗАО «Центр “Пептос”»
2–5 % салициловая мазь	№ 64/228/112, ICN Полифарм (Россия)
Дайвобет (кальципотриол/бетаметазон) мазь	№ 015586/01, 07.05.2004 г. Nycomed (Норвегия)

До проведения терапии тимодепрессином в течение 3–5 дней (в зависимости от клинической формы псориаза) назначается дезинтоксикационно-гормональная и наружная гормональная терапия. При прогрессирующей форме тимодепрессин вводится в виде монотерапии по схеме: в/м инъекции по 1,0 мл в течение 7 дней, 2 дня перерыв, затем по 1,0 мл в/м в течение 7 дней ежедневно и последующие 7 дней в качестве поддерживающей и профилактической терапии интраназально по 1 мл капель в каждый носовой ход, перерыв 2 дня и повторение интраназального курса. При затяжных торпидных формах псориаза – в/м инъекции 1 раз в день по 2 мл в течение 7 дней, 2 дня перерыв, последующие 7 дней в/м инъекции 1 раз в день по 1 мл, затем интраназально по 2 мл капель в каждый носовой ход 10 дней. При осложненной форме (эритродермия, каплевидный и экссудативный псориаз) – в/м инъекции 1 раз в день по 2 мл в течение 14 дней, затем 14 дней интраназально по 2 мл капель в каждый носовой ход.

Длительность лечения определена тем, что применение препарата менее 10 дней не позволяет достичь стойкого терапевтического эффекта, применение 2 курсов по 1–2 мл в/м с последующей интраназальной терапией позволяет достичь стойкого терапевтического эффекта, что подтверждается клиническими и лабораторными данными. Суточная доза определена клинической формой, характером течения псориаза, сроками достижения терапевтического эффекта, отсутствием побочных реакций на препарат (рис. 1.15).

Оценивая клиническую эффективность комплексной терапии с включением препарата Тимодепрессин, следует отметить явную положительную динамику псориатического процесса в группе на 6–7-й день терапии в виде уменьшения гиперемии, инфильтрации в 76,0 % и шелушения – в 73,3 % случаев. Указанная клиническая эффективность данного препарата подтверждается динамикой индекса PASI. До начала терапии средний индекс PASI был равен 24,5 балла, через неделю терапии снизился до 18,4 балла, через 2 недели – до 13,1 балла с последующим регрессом процесса у всех пациентов.

Рецидивов заболевания при диспансерном наблюдении пациентов в течение 8–9 месяцев не отмечено. Предлагаемый способ терапии позволяет проводить лечение больных наиболее тяжелыми и торпидными формами псориаза как в стационарных, так и в амбулаторных условиях с явным клиническим эффектом, подтверждаемым клиническими и иммунологическими показателями, предотвращая осложнения, сокращая сроки пребывания больных в стационаре и увеличивая сроки ремиссии по сравнению с существующими методами лечения.

В последние годы в России и других развитых странах отмечается увеличение количества больных с тяжелыми и резистентными к различным методам лечения формами псориаза, в том числе у молодых пациентов, увеличивается частота поражений суставов, возрастает число случаев длительной нетрудоспособности и инвалидизации.



Рис. 1.15. Алгоритм назначения иммуносупрессора тимодепрессина (ТД) в терапии псориаза.

В то же время повышение эффективности и доступности медицинской помощи путем внедрения в медицинскую практику современных организационных и высокоэффективных лечебно-диагностических технологий является одной из основных задач концепции здравоохранения и медицинской науки, а обеспечение населения высокотехнологичной медицинской помощью (ВМП) является одним из направлений приоритетного национального проекта «Здоровье».

Согласно Приказу Минздравсоцразвития России от 29.03.2006 г. № 220 «Об оказании высокотехнологичных видов медицинской помощи за счет средств федерального бюджета…», Приказу Минздравсоцразвития России № 320 от 07.05.2007 г. «Об оказании во II–IV кварталах 2007 г. высокотехнологичной медицинской помощи за счет средств федерального бюджета…» и другим нормативным актам в программу высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП) по разделу «Дерматовенерология» включены такие тяжелые и торпидно протекающие дерматозы, как псориаз, атопический дерматит (АД), распространенные формы красного плоского лишая (КПЛ), акантолитическая пузырчатка, склеродермия, Т-клеточная лимфома кожи.

С целью оптимизации механизма направления и отбора пациентов в клинику, выполнения основных положений приказов Минздравсоцразвития России в институте разработано и принято к исполнению Положение об организации работы по оказанию высокотехнологичных видов медицинской помощи; модифицированная форма «Информированное согласие» для пациента, принимаемого для оказания ВМП.

Для ознакомления с основными нормативными актами, показаниями, противопоказаниями, объемами медицинской помощи по программе ВМП и выработки совместных действий регулярно проводились рабочие совещания главных врачей областных и городских КВУ. Утверждены и разосланы в территории информационные письма к руководителям органов управления здравоохранением субъектов РФ о порядке направления пациентов в клинику ФГУ «УрНИИДВиИ Росмедтехнологий» для лечения по программе ВМП. Разработаны и представлены в территории предложения по длительному мониторированию пациентов, получивших ВМП, и оценке ее медицинской и социальной результативности. В Перечень лечебных мероприятий ВМП для лечения больных псориазом внесены фотохимиотерапия с внутренним и наружным применением фотосенсибилизаторов; комплексное лечение с применением узкополосной средневолновой и дальней длинноволновой ультрафиолетовой терапии; бальнеофотохимиотерапия (ПУВА-ванны); поликомпонентное лечение с назначением цитостатических, иммуносупрессивных средств и эфферентных методов воздействия; комбинированное лечение с использованием генно-инженерных биологических препаратов и остео- , хондропротективных средств.

Из общего числа пациентов, получивших стационарное лечение в клинике института по программе ВМП, 75,2 % составили больные с тяжелыми формами псориаза и псориатической эритродермией, при этом 37,8 % пациентов была проведена иммуносупрессивная и цитостатическая терапия, в том числе препаратами из группы селективных иммунодепрессантов (биологические агенты, модификаторы биологического ответа). Указанные методы лечения псориаза основаны на подавлении гиперпролиферации кератиноцитов, супрессии воспалительного процесса в коже и суставах, определяемого высокой активностью иммунокомпетентных клеток с гиперпродукцией цитокинов. Появление класса селективных иммунодепрессантов антицитокинового действия революционизировало терапию многих иммуномедиированных заболеваний, включая псориаз, открыло перспективы контроля за его течением.

В клинике ФГУ «УрНИИДВиИ Росмедтехнологий» разработана медицинская технология «Выбор препарата и клинико-лабораторное сопровождение терапии больных различными формами псориаза при проведении лечения иммунодепрессивными (в том числе генно-инженерными биологическими) средствами». Медицинская технология предназначена для врачей-дерматовенерологов; масштаб использования: специализированные КВУ, в том числе лицензированные для проведения высокотехнологичных методов терапии дерматологических заболеваний.

Материально-техническое обеспечение медицинской технологии

Лабораторные исследования	Материально-техническое обеспечение
Гемограмма: содержание эритроцитов, уровень гемоглобина, гематокрит, содержание лейкоцитов, тромбоцитов	Автоматический гематологический анализатор ABX Micros 60-CT/OT18 параметров 2006/918 24.01.15; стандартное оборудование клинико-диагностической лаборатории для общеклинических лабораторных методов исследования
Общий анализ мочи: определение белка, эритроцитов, гемоглобина	CLINITEK 50 Bayer № 2004/360; 30.04.14; стандартное оборудование клинико-диагностической лаборатории для общеклинических лабораторных методов исследования
Содержание креатинина, мочевины, мочевой кислоты, АСТ, АЛТ, билирубина, АСТ, АЛТ, щелочной фосфатазы, калия в сыворотке крови	Биохимический анализатор автоматический А-25; Biosystems

Иммуноферментное определение антител к лямблиям, описторхам, токсокарам (ИГМ, ИГГ) Иммуноферментное определение антител к ВИЧ	Комплект диагностического лабораторного оборудования для иммунологического анализа Санофи Диагностикс Пастер PR2100, PR1100, PW40, PW41, ISP-2 (регистрационное удостоверение МЗРФ № 99/122), реагенты *in vitro* для диагностики функционального статуса иммунной системы Bender MedSystems GmbH (регистрационное удостоверение ФС № 2004/1141)
Исследование содержания основных популяций иммунокомпетентных клеток в периферической крови	Проточный цитофлюориметрEpics XL/ XLMCL; Beckman Coulter Inc.
Лекарственные препараты	
Метотрексат Таблетки, раствор для инъекций	П № 015225/01, П №015225/02, П № 015225/03; Эбеве Фарма Гес. м. б. Х. Нфг. КГ
Циклоспорин капсулы; концентрат для приготовления раствора для инфузий	П № 016157/01, 28.12.2004 г. (до 28.12.2009 г.) № П № 008552, 15.07.2005 г. (до 15.07.2010 г.)
Ремикейд лиофилизат для приготовления раствора для инфузий	П № 012948/01, 29.12.2006 г.
Раптива лиофилизат для приготовления раствора для п/кожного введения	№ ЛС-002323, 08.12.2006 г.
Хумира раствор для п/кожного введения: шприц	№ ЛС-002422, 29.12.2006 г.

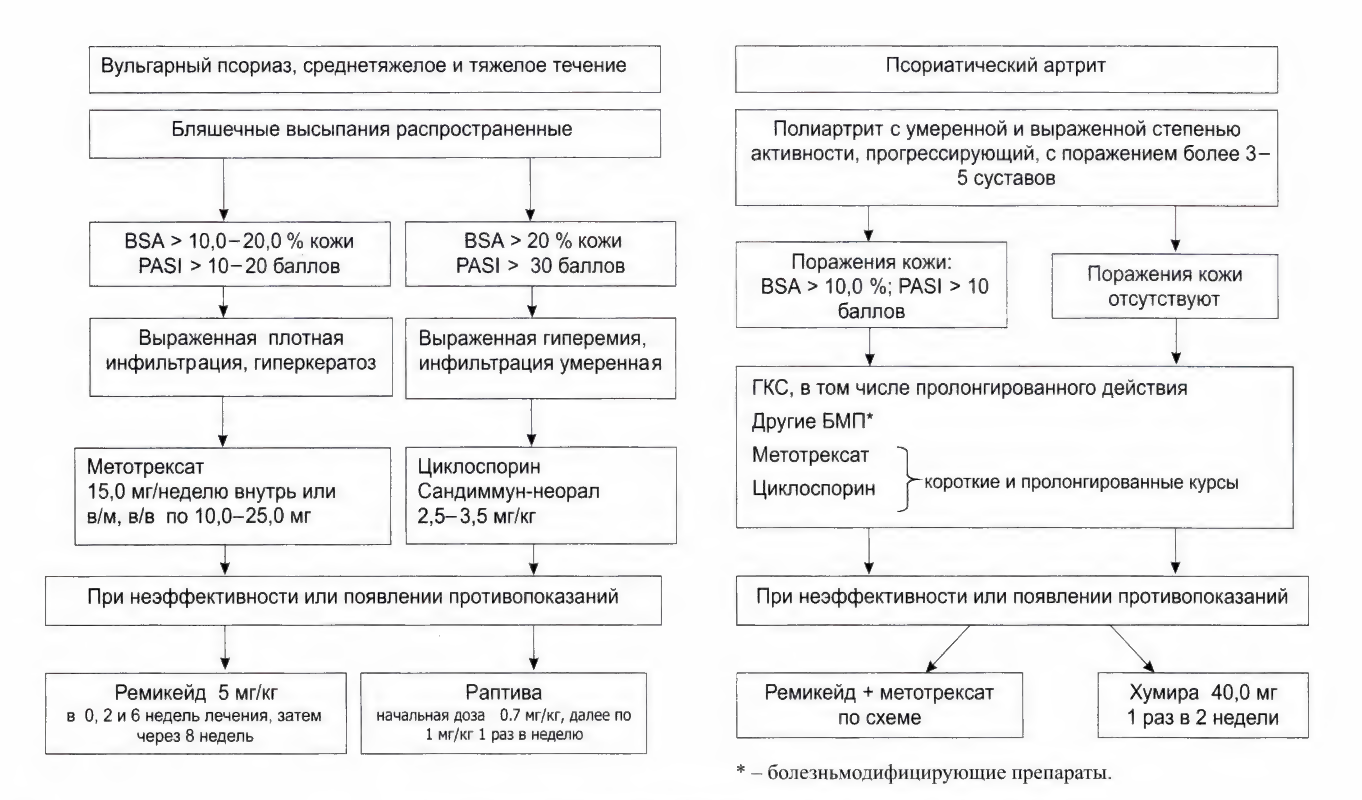
При диагностировании у больного вульгарного псориаза, после анализа данных анамнеза (хроническое, рецидивирующее течение, неэффективность наружной терапии, торпидность течения обострений) и определения площади поражения кожи (body surface area – BSA), а также индекса тяжести псориаза – PASI (psoriasis area and severity index) устанавливается тяжесть заболевания. Средняя степень тяжести процесса диагностируется при BSA > 10,0 % поражения кожи и величине индекса кожи PASI > 10 баллов, тогда как при BSA > 20 % кожи и индексе PASI > 30 баллов псориаз классифицируется как тяжелый. К тяжелым формам вульгарного псориаза относится также псориатическая эритродермия – генерализованное поражение кожи. Лечение больных вульгарным псориазом, проводимое в соответствии с утвержденными стандартами и не приводящее к регрессу активности симптомов (исчисляемых по индексу PASI) на 50 % в течение

3–4 недель, признается неэффективным и требует включения в терапевтический комплекс иммунодепрессивных препаратов. Последовательность использования иммунодепрессивных препаратов различных классов, проводимая в зависимости от клинических проявлений псориаза, представлена на рис. 1.16.

У больных с установленным диагнозом «среднетяжелый» и «тяжелый псориаз» первой линией такой терапии признан метотрексат, обладающий иммуносупрессивным действием и тормозящий пролиферацию эпидермальных клеток. Терапия метотрексатом показана при наличии у пациента псориатических высыпаний, клинический характер которых отличается длительным существованием («застарелые бляшки»), крайней выраженностью инфильтрации, гиперкератоза, плотными чешуйками на поверхности. Пероральный прием метотрексата возможен по следующим схемам: 15,0 мг (таблетки) 1 раз в неделю; 2,5–5,0 мг (таблетки) 1 раз в 12 ч, всего 3 приема в неделю. Терапия проводится в течение 3–5 недель. Парентеральное применение препарата в дозе 10,0–25,0 мг в неделю возможно путем внутримышечных инъекций и внутривенного введения с физиологическим раствором (200,0–250,0 мл) капельно. Выбор лекарственной формы и метода введения метотрексата определяется тяжестью псориатического процесса, требующего более высоких доз препарата, однако суточная доза метотрексата до 20 мг/м^2 с высокой биодоступностью полностью абсорбируется из желудочно-кишечного тракта, а пероральный путь потенциально эквивалентен парентеральному пути введения. Терапия метотрексатом проводится в течение 3–5 недель и прекращается после достижения выраженного регресса псориатических высыпаний.

При наличии у пациента распространенных папулезно-бляшечных высыпаний, клинической особенностью которых являются выраженная гиперемия, отечность высыпаний, умеренная инфильтрация, сильный зуд, предпочтительным является назначение циклоспорина (сандиммуна-неорала). Доза определяется в соответствии с тяжестью заболевания в диапазоне от 2,5 мг/кг массы, но не более 5,0 мг/кг массы, введение препарата – перорально с распределением суточной дозы на два приема. Лечение проводится в течение 4–8 недель, при этом при неэффективности минимальной дозы в 2,5 мг/кг в течение 1 месяца дозу препарата повышают. При достижении стадии регресса псориатических высыпаний дозу сандиммуна-неорала снижают на 0,5 мг/кг массы тела каждые 14 дней, определяя минимальную дозу препарата, контролирующую течение кожного процесса.

При сочетанном поражении кожи и суставов или изолированном суставном процессе (ПсА) терапия проводится с назначением болезньмодифицирующих препаратов (БМП), к которым относятся метотрексат,



* – болезньмодифицирующие препараты.

Рис. 1.16. Алгоритм выбора иммунодепрессивной терапии у больных псориазом

циклоспорин, сульфазалазин, лефлунамид, колхицин, препараты золота, ретиноиды. Режим дозирования и длительность курса БМП определяются совместно со специалистом-ревматологом с учетом активности суставного процесса.

У пациентов с комбинированным поражением кожи и суставов терапия иммунодепрессантами проводится в режиме краткосрочных курсов, применяемых при вульгарном псориазе. В случае позитивной клинической динамики для сохранения и увеличения эффективности лечения возможно проведение лечения пролонгированными курсами:

– Метотрексат – в среднетерапевтической дозировке до 15–10 мг в неделю в течение периода до 16 недель;

– Циклоспорин – в стартовой дозе (не более 5 мг/кг массы) в течение 12–16 недель с постепенным снижением дозы до минимальной, контролирующей течение процесса.

Для предотвращения формирования нежелательных явлений и осложнений терапии обязательным является проведение мониторирования лабораторных показателей (табл. 1.14.)

Таблица 1.14

Контроль лабораторных показателей безопасности

Препарат	Лабораторные исследования	Кратность проведения
Метотрексат	Гемограмма: содержание эритроцитов, уровень гемоглобина, гематокрит, содержание лейкоцитов, тромбоцитов	До начала лечения, в течение 1 месяца терапии – 1 раз в неделю, далее – 1 раз в 2 недели
	Общий анализ мочи: наличие белка, эритроцитов, гемоглобина	До начала лечения, в течение 1 месяца терапии – 1 раз в неделю, далее – 1 раз в 2 недели
	Иммуноферментное определение антител к лямблиям, описторхам, токсокарам (ИГМ, ИГГ) Иммуноферментное определение антител к ВИЧ	До начала лечения
	Гепатограмма: содержание креатинина и мочевины; АСТ, АЛТ, мочевой кислоты	До начала лечения, в течение курса терапии 1 раз в 3 недели

	Адекватная контрацепция у женщин и мужчин детородного возраста во время приема препарата	
Циклоспорин	Гемограмма: содержание эритроцитов, уровень гемоглобина, содержание лейкоцитов, тромбоцитов	До начала лечения и 1 раз в 10 дней
	Гепатограмма: содержание креатинина и мочевины в сыворотке крови; билирубина, АСТ, АЛТ; щелочной фасфотазы, содержание калия в сыворотке крови	До начала лечения, 2 раза в первый месяц терапии, ежемесячно в течение лечения

При отсутствии эффективности терапии метотрексатом или циклоспорином указанными дозами в течение 3 месяцев, когда снижение PASI или BSA не превышает 50 % от базового значения, делается вывод о «резистентности пациента к стандартной терапии» и рассматривается вопрос о назначении терапии другими иммунодепрессантами из числа модификаторов биологического ответа (селективные иммунодепрессанты). В случае возникновения системных осложнений, появления отклонений в состоянии лабораторных показателей, препятствующих проведению повторных курсов метотрексата и циклоспорина, также производится назначение селективных иммунодепрессантов.

В настоящее время зарегистрированы три препарата указанной группы: инфликсимаб (Ремикейд) и адалимумаб (Хумира), селективно связывающиеся с провоспалительным цитокином фактором некроза опухоли и нейтрализующие его биологические функции, а также эфализумаб (Раптива), ингибирующий связывание LFA-1 с ICAM-1 на кератиноцитах и активированных клетках сосудистого эндотелия, подавляющий функциональную активность Т-лимфоцитов.

Критериями отбора для проведения терапии биологическими препаратами анти- ФНО и другого действия являются развитие или риск развития серьезных нежелательных явлений, связанных с предшествующей стандартной терапией; наличие непереносимости к стандартной терапии или невозможность ее применения; общая неэффективность стандартной терапии, проводимой в стационарных условиях или быстрое развитие

обострений процесса после ее окончания; высокая коморбидность, исключающая применение других иммунодепрессантов (метотрексат, циклоспорин); тяжелые, инвалидизирующие проявления заболевания, в том числе с поражением суставов.

Учитывая данные о возможности развития нежелательных явлений при проведении терапии биологическими препаратами, необходимой является оценка *«критериев исключения»*, наличие которых препятствует назначению данного вида лечения: беременность и кормление грудью; наличие инфекции или риск ее развития (легкие, хронические язвы голени, постоянные катетеры); активный туберкулез, латентный туберкулез; злокачественные и предраковые заболевания, за исключением диагностированного и адекватно пролеченного рака кожи (не меланома), другой онкопатологии, диагностированной и адекватно пролеченной более 10 лет назад; демиелинизирующие заболевания нервной системы; сердечно-сосудистая недостаточность III–IV степени. Нежелательно применение блокаторов ФНО при гепатите В, так как описаны случаи реактивации гепатита В на фоне их приема. При гепатите С требуется тщательный мониторинг активности вирусной инфекции.

Относительными противопоказаниями также являются проведение ранее более 200 процедур фотохимиотерапии, в особенности в сочетании с циклоспорином; позитивность по ВИЧ или наличие СПИДа.

При наличии у пациента псориатического поражения кожи возможно назначение одного из двух биологических препаратов – Ремикейда или Раптивы. В случае когда у больного имеется псориатический артрит (артропатический псориаз) с поражением более чем 3–5 суставов, терапия может проводиться препаратами Ремикейд и Хумира.

При отсутствии прямых сравнительных исследований по эффективности указанных препаратов выбор биологического препарата производится с учетом следующих обстоятельств (табл. 1.15).

Решение врача-специалиста о назначении биологических препаратов у пациентов с псориазом или псориатическим артритом должно быть обосновано вышеперечисленными критериями отбора, включающими клинические показания для такой терапии и отсутствием всех противопоказаний для избранного фармакологического средства (табл. 1.15). Учитывая характер системного иммуносупрессирующего действия биологических препаратов, риск формирования серьезных нежелательных явлений и осложнений от терапии, а также необходимость четкого соблюдения режима введения препаратов, пациент и лечащий врач подписывают форму Информированного согласия, адаптированную именно для проведения данного вида лечения.

Таблица 1.15

Характеристика особенностей препаратов и лечебного процесса

Наименование показателя	Ремикейд	Хумира	Раптива
Препарат	Химерные гибридные мышиные и человеческие моноклональные IgG1 антитела к ФНО-α, инактивируют как растворимый, так и трансмембранный человеческий ФНО-α	Гуманизированные рекомбинантные моноклональные антитела, селективно связываются с ФНО, блокируют его взаимодействие с поверхностными клеточными p55 и p75 рецепторами и нейтрализуют функции ФНО	Гуманизированные моноклональные анти-CD11a антитела (иммуноглобулины класса IgG1), ингибируют связывание LFA-1 с ICAM-1 на кератиноцитах и клетках сосудистого эндотелия, подавляют функциональную активность Т-лимфоцитов
Метод введения	Внутривенные инфузии в течение не менее 2 ч в условиях инфузионного кабинета, под наблюдением врача при участии обученного персонала	Подкожные инъекции в область живота или переднелатеральную область бедра; первые инъекции под наблюдением врача, в дальнейшем возможно самостоятельно пациентом	Подкожные инъекции (в область бедра, живота, ягодичные мышцы, верхние участки плеча), первые инъекции под наблюдениием врача, в дальнейшем возможно самостоятельно пациентом
Схема введения	Индукционный курс – 3 инфузии (0, 2 и 6-я недели); поддерживающая терапия 1 раз в 8 недель может проводиться до 50 недель и более	Терапия 1 раз в 2 недели в течение 12–16 недель, длительность курса может быть увеличена до 48 недель и более	Терапия 1 раз в неделю в течение 12 недель, длительность курса может быть увеличена до 50 недель и более
Сопутствующая терапия	Возможно в сочетании с метотрексатом	Возможно в сочетании с ГКС и другими препаратами для терапии псориатического артрита	Сопутствующая системная терапия не проводится

Окончание табл. 1.15

Противо-показания	Гиперчувствительность (в т. ч. на мышиные белки), туберкулез, тяжелые инфекции (абсцесс, сепсис), сердечная недостаточность средней и тяжелой степени. Беременность, период лактации, возраст до 18 лет. С осторожностью: гепатит В, демиелинизирующие заболевания	Гиперчувствительность к адалимумабу или любым его вспомогательным компонентам, инфекционные заболевания, в т. ч. туберкулез. Беременность, период лактации, детский возраст (до 18 лет). С осторожностью: гепатит В, демиелинизирующие заболевания	Гиперчувствительность, злокачественные новообразования, тяжелые инфекционные заболевания (в т. ч. сепсис, туберкулез, гепатит В, гепатит С), вакцинация живыми вакцинами. Беременность, период лактации, детский возраст (до 18 лет). С осторожностью: почечная/печеночная недостаточность, пожилой возраст
Начало регресса симптомов	Через 1–2 недели	Через 4–8 недель	Через 4–8 недель
Оценка эффективности для пролонгирования курса	Если через 14 недель (4 инъекции) не наблюдается терапевтического эффекта (снижение индекса PASI менее чем на 50 %), применение Ремикейда следует прекратить	Если через 12 недель не наблюдается терапевтического эффекта (снижение активности псориатического артрита), применение Хумиры следует прекратить	Если через 12 недель не наблюдается терапевтического эффекта (снижение индекса PASI менее чем на 50 %), применение Раптивы следует прекратить
Обеспечение препаратом	Ремикейд внесен в Перечень лекарственных средств, отпускаемых по рецептам врача (фельдшера) при оказании дополнительной бесплатной медицинской помощи отдельным категориям граждан, имеющим право на получение государственной социальной помощи (Приказ МЗиСР РФ от 18.09.2006 г. № 665)	С 2008 г. рекомендован для введения в Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств	–

Информированное согласие

Я, ________________________ получил подробное разъяснение по поводу диагноза, особенностей течения моего заболевания, вероятной длительности лечения и прогнозу (вероятность успешного исхода и исхода при отказе от лечения).

Мне предложено проведение лечения в клинике ФГУ «Уральский научно-исследовательский институт дерматовенерологии и иммунопатологии Росмедтехнологий» по программе оказании высокотехнологичных видов медицинской помощи (ВМП) за счет средств федерального бюджета (Приказ Минздравсоцразвития России № 220 от 29.03.2006 г.).

Мне даны полные разъяснения по плану обследования и лечения (разъяснены возможные варианты медицинского вмешательства, связанные с ними риски и их последствия).

Я извещен о необходимости соблюдать режим в ходе лечения, регулярно принимать назначенные препараты, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых не прописанных препаратов (например, для лечения простуды, гриппа, головной боли и т.п.).

Я извещен, что несоблюдение рекомендаций врача, режима приема препаратов, бесконтрольное самолечение могут осложнить лечение и отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

Я извещен, что в случае проведения мне терапии селективными иммунодепрессантами, в том числе препаратами Инфликсимаб (Ремикейд), Адалимумаб (Хумира), Эфализумаб (Раптива), необходимо соблюдение специального режима лекарственной терапии (осуществления инфузий, инъекций).

Я предупрежден, что перерыв в проведении терапии указанными препаратами может снизить эффективность их последующего применения.

Я извещен о необходимости находиться на диспансерном учёте в КВУ по месту жительства у врача- дерматолога в течение 1-3 лет после проведения ВМП. Я получил информацию об альтернативных методах лечения и имел возможность задать любые интересующие вопросы касательно заболевания и лечения, получил на них удовлетворительные ответы.

С предложенным планом обследования и лечения по программе ВМП согласен.

От предложенного плана обследования и лечения по программе ВМП отказался.
(не нужное зачеркнуть)

В случае отказа от предложенного плана обследования и лечения по программе ВМП указываю следующие причины:

(подпись пациента или его законного представителя)

«____» ____________ 200… г.

(печать и подпись лечащего врача)

Медицинская документация (история болезни, амбулаторная карта пациента) должна содержать подробные сведения по обоснованию назначения данного метода терапии, описание состояния пациента до и во время проведения процедур по введению препаратов, сведения по мониторированию возникновения возможных нежелательных явлений, а также данные о 6–12-месячном диспансерном наблюдении за пациентом, закончившим курс терапии биологическими препаратами.

Ремикейд (инфликсимаб) может быть назначен пациентам со средне-тяжелым и тяжелым псориазом при неэффективности, непереносимости или наличии противопоказаний к ПУВА-терапии. Препарат показан также больным, страдающим прогрессирующим ПсА в активной форме.

Доза вводимого препарата – из расчета 5,0 мг на 1 кг массы тела пациента. Препарат вводится путем внутривенных медленных инфузий в течение 2 ч и более с использованием инфузионной системы со встроенным стерильным апирогенным фильтром, обладающим низкой белково-связывающей активностью. Процедуры проводятся в условиях процедурного кабинета в положении пациента лежа или сидя в кресле для инфузий. После первой инфузии препарат вводится в этой же дозе через 2 недели и 6 недель, а затем – каждые 8 недель в течение длительного времени.

Клинические исследования показали, что Ремикейд обладает выраженной доказательной эффективностью и приводит к снижению индекса PASI на 75 % от исходного у 80 % больных псориазом, а у 57,6 % пациентов PASI регрессирует на 90 % от исходного состояния. Регресс симптомов псориаза и артрита начинается уже после первой инфузии, продолжается во время проведения курса терапии. В случае наличия только кожных манифестаций псориаза, а также у пациентов с сочетанным поражением суставов применение Ремикейда предпочтительнее вследствие его быстрого терапевтического действия и более длительного сохранения состояния клинической ремиссии. У пациентов с комбинированным поражением кожи и суставов Ремикейд назначается одновременно с метотрексатом в дозе 10–15 мг в неделю, а прием метотрексата осуществляется в дни, свободные от инфузий.

Раптива (эфализумаб) предназначен для лечения псориаза средней и тяжелой степени у взрослых. Препарат Ремикейд предназначен для подкожного введения с использованием стерильного одноразового шприца и игл, поставляемых в комплекте. Расчет дозы зависит от массы тела. Стартовая доза составляет 0,7 мг на 1 кг массы, затем переходят на поддерживающую дозу 1 мг на 1 кг массы в неделю. Максимальная доза раптивы составляет 200 мг. Введение препарата Раптива медсестрой или самим больным должно осуществляться только после тщательного изучения инструкции по проведению процедуры, правильному набору дозы и технике инъекции. Эффективность лечения препаратом Раптива с достижением 75 % регресса индекса PASI после 12-недельного курса терапии составила 27–39 %, при продолжении введения препарата до 24 недель 44 % больных псориазом достигали указанного уровня снижения

выраженности симптомов. В случае неэффективности препарата Раптива в сроки терапии 12 недель, что характеризуется уменьшением PASI менее чем на 50 % от исходного, лечение прекращается и производится замена эфализумаба на альтернативный антипсориатический препарат – метотрексат или циклоспорин, однако в этом случае рационально выбрать другие биологические средства.

Хумира (Адалимумаб) назначается пациентам с активным псориатическим артритом, может применяться в режиме монотерапии или в комбинации с метотрексатом или другими противовоспалительными препаратами. Хумира вводится в стандартной дозе 40 мг один раз в 2 недели. Препарат вводится путем подкожных инъекций готовым стерильным шприцем в области бедра или живота, чередуя места введения. Терапия проводится под контролем врача; при соответствующем обучении технике подкожных инъекций пациент может вводить препарат самостоятельно. Эффективность лечения препаратом Хумира в течение 24 недель с уменьшением тяжести проявлений артрита на 50 % от исходного была достигнута у 39 % больных, а 70 %-ный регресс симптомов наблюдался у 23 % пациентов. При продолжении терапии Хумирой до 48 недель указанные показатели регресса симптомов псориатического поражения суставов отмечались у 44 и 30 % соответственно. Установлена также выраженная положительная динамика со стороны кожных покровов, так улучшение на 50% (PASI 50) отмечалось у 75 % пациентов, на 75 % (PASI 75) – у 59 % пациентов, что сопровождалось значимой положительной динамикой качества жизни пациентов со снижением DLQI (дерматологический индекс качества жизни) на 6,1 балла по сравнению с лечением плацебо (–0,3 балла).

Проведение терапии биологическими препаратами проводится в условиях специализированных (дерматологических, ревматологических) учреждений, под контролем врачей-специалистов, имеющих опыт применения селективных иммунодепрессантов. Для снижения риска возникновения нежелательных явлений и осложнений терапии необходимо проведение ряда клинико-лабораторных мероприятий, предписанных Инструкциями по применению, утвержденными в надлежащем порядке на территории РФ, а также данными клинических рекомендаций, разработанных в других странах.

В табл. 1.16 приведены основные положения по клинико-лабораторному сопровождению терапии больных псориазом и псориатическим артритом биологическими препаратами.

Таблица 1.16

Контроль лабораторных показателей безопасности при проведении терапии препаратами Ремикейд, Раптива, Хумира

Лабораторные исследования	Кратность проведения
Сбор анамнеза по туберкулезной инфекции (контакты, заболевание в прошлом)	До начала лечения. При появлении данных о контакте пациента с больным туберкулезом и при появлении клинических признаков, подозрительных на туберкулез легких и других органов*
Заключение специалиста (из учреждения, имеющего лицензию на оказание специализированной фтизиатрической помощи) об отсутствии туберкулеза	
Гемограмма: содержание эритроцитов, уровень гемоглобина, гематокрит, содержание лейкоцитов, лейкоцитарная формула, тромбоциты	До начала лечения, ежемесячно, при лечении Ремикейдом – перед каждой инфузией
Общий анализ мочи: наличие белка, эритроцитов, гемоглобина	До начала лечения, ежемесячно, при лечении Ремикейдом – перед каждой инфузией
Иммуноферментное определение антител к лямблиям, описторхам, токсокарамм, вирусам гепатита В и С, ВИЧ (ИГМ, ИГГ); определение ревматоидного фактора	До начала лечения
Определение содержания основных популяций лимфоцитов в периферической крови	До начала лечения, при пролонгированных курсах – 1 раз в 3 месяца
Гепатограмма: содержание креатинина и мочевины; АСТ, АЛТ, мочевой кислоты	До начала лечения, ежемесячно, при лечении Ремикейдом – перед каждой инфузией
Адекватная контрацепция у женщин и мужчин детородного возраста во время приема препаратов, при лечении Ремикейдом – 6 месяцев после завершения терапии	

Эффективность медицинской технологии

Представленный алгоритм выбора иммуносупрессивной, в том числе биологической, терапии больных псориазом, а также необходимые параметры клинико-лабораторного мониторинга были использованы в работе клиники института в 2007–2008 гг. при оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи.

---

* Обследование на туберкулез больных, получающих блокаторы ФНО-α, должно проводиться в плановом порядке не реже 1 раза в 6 месяцев для исключения развития активного туберкулеза в соответствии с Постановлением Правительства РФ «О реализации Федерального закона “О предупреждении распространения туберкулеза в РФ”» от 25 декабря 2001 г. № 892. В случае появления клинической симптоматики – интоксикационных, респираторных либо подозрительных на развитие активного внелегочного туберкулеза различных локализаций жалоб – внеочередное обследование на туберкулез должно быть проведено безотлагательно.

Проведено сравнительное ретроспективное исследование эффективности и безопасности терапии больных тяжелыми формами псориаза указанными методами без использования разработанного алгоритма (2005–2006) и с использованием положений настоящей медицинской технологии (2007–2008). В табл. 1.17 представлены данные о параметрах эффективности и безопасности терапии больных псориазом в клинике института.

Таблица 1.17

Параметры эффективности и безопасности терапии больных псориазом в рамках программы ВМП

Показатель	2005–2006 (до использования медицинской технологии)	2007–2008 (с использованием медицинской технологии)	Динамика изменения показателя
Средний койкодень при терапии биологическими препаратами (госпитальные формы псориаза)	32,3	13,5	–18,8
Средний койкодень при терапии биологическими препаратами (артропатический псориаз)	19,5	15,3	–4,2
Средний койкодень при терапии биологическими препаратами (псориатическая эритродермия)	28,0	18,5	–9,5
Осложнения (аллергические, соматические, гематологические и др.) во время проведения иммунодепрессивной и биологической терапии	1,7 %	Отсутствовали	–
Отсутствие эффекта от терапии	0,05 %	0,02 %	↓ 2,5 раза
Длительность ремиссии в месяцах (госпитальные формы псориаза)	6,1	8,9	+2,7
Длительность ремиссии в месяцах (артропатический псориаз)	5,9	10,2	+4,3
Длительность ремиссии в месяцах (псориатическая эритродермия)	4,3	8,8	+4,5

Использование разработанного алгоритма выбора адекватной терапии позволило снизить количество койкодней больных с наиболее тяжелым и торпидным течением псориаза на 10,1 дня.

Тщательный отбор пациентов, включающий догоспитальное обследование и мониторирование клинико-лабораторных параметров во время проведения курса лечения биологическими препаратами, способствовали сокращению пребывания данных пациентов в стационаре на 18,8 и 9,5 дня при госпитальных формах псориаза и псориатической эритродермии, увеличению периода клинической ремиссии соответственно в 1,5–2,0 раза.

Высокая медицинская результативность терапии больных псориазом по программе ВМП с использованием иммунотропных и биологических препаратов, назначаемых в соответствии с положениями настоящей медицинской технологии, подтверждается достижением состояния улучшения и значительного улучшения у подавляющего числа больных при отсутствии эффекта от лечения только у 0,02 % пациентов.

Представленная технология воспроизводима в условиях специализированного дерматологического стационара, в том числе лицензированного для оказания ВМП.

Псориаз остается важной медико-социальной проблемой дерматологии, что связано с его широкой распространенностью, хроническим течением с частым образованием инвалидизирующих форм заболевания, а также высоким удельным весом больных, нуждающихся в стационарном лечении. Организация оказания специализированной помощи данной категории пациентов должна проводиться с соблюдением требований, установленных Федеральным законом от 8 августа 2001 г. № 128-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» и Постановлением Правительства Российской Федерации от 22 января 2007 г. № 30 «Об утверждении Положения о лицензировании медицинской деятельности».

Реализация медицинской помощи больным кожными и венерическими заболеваниями в КВУ и других подразделениях службы предусматривает использование исключительно медицинских технологий, разрешенных к применению в соответствии с действующим законодательством, что не только обеспечивает достижение высокой результативности лечения и улучшение качества жизни пациентов, но и гарантирует правовую защищенность КВУ и медицинских работников.

1. 3. ОБЕСПЕЧЕНИЕ КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

«Важнейший элемент управления КВУ – это обеспечение при осуществлении медицинской деятельности контроля соответствия качества выполняемых медицинских работ (услуг) установленным требованиям

(стандартам)» (Постановление Правительства РФ от 22.01.2007 г. № 30 «Положение о лицензировании медицинской деятельности пп. 3 п. 5). Выделяют три укрупненных объекта стандартизации:

– ресурсное обеспечение здравоохранения (требования к кадровым, материальным, финансовым, информационным ресурсам);

– процессы (лечебно-диагностические, профилактические, реабилитационные, организационные, производственные технологии);

– эффективность (исходы заболеваний, социально-экономические показатели). Научное обоснование требований к объектам стандартизации строится на принципах медицины, основанной на доказательствах, под которой в настоящее время понимают критический анализ результатов научных исследований для внедрения в практику наиболее эффективных методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации.

В международной практике под качеством медицинской помощи понимают совокупность характеристик, подтверждающих соответствие оказанной медицинской помощи имеющимся потребностям пациента, его ожиданиям, современному уровню медицинской науки и технологии. Важнейшей составляющей, обеспечивающей качество в здравоохранении, являются лицензирование медицинской деятельности и лицензионный контроль. В соответствии с действующей нормативно-правовой базой определены три уровня контроля качества медицинской помощи: первый уровень – медицинское учреждение (организация самооценки), который, в свою очередь, подразделяется также на самоконтроль врача (нулевой подуровень), контроль на уровне заведующего отделением (первый подуровень), контроль на уровне заместителя главного врача по клинико-экспертной работе (второй подуровень), контроль на уровне врачебной комиссии КВУ (третий подуровень); второй уровень – органы государственной власти субъектов РФ в области охраны здоровья граждан, вневедомственная экспертиза страховых организаций и территориальных ФОМС; третий уровень – Росздравнадзор и его территориальные управления.

Для отработки модели внутриучрежденческого контроля качества нами были проанализированы законы РФ (от 28.06.1991 г. № 1499-1, от 02.05.2006 г. № 59-ФЗ); ГОСТ Р 52623-2006; Постановление Правительства РФ от 22.01.2007 г. № 30; Приказы МЗ РФ (от 21.05.2002 г. № 154) и МЗ и СР РФ (от 31.12.2006 г. № 905; от 14.03.2007 г. № 170); методические рекомендации № 2002/140 от 20.12.2002 г. «Учет, оценка и анализ клинико-экспертной деятельности ЛПУ».

На основании указанных нормативно-правовых документов и, в частности, Приказа № 170 от 14.03.2007 г. Минздравсоцразвития России «Об организации деятельности врачебной комиссии медицинской организации» нами разработаны и утверждены приказами по УрНИИДВиИ состав

и положение о врачебной комиссии; положение об организации работы по экспертизе временной нетрудоспособности и положение об обеспечении качества оказания медицинской помощи пациентам клиники.

Федеральное государственное учреждение
«Уральский научно-исследовательский институт дерматовенерологии и иммунопатологии
Федерального агентства по высокотехнологичной медицинской помощи»

Приложение 1
к Приказу № 31
от « 2 » апреля 2007 г.

Положение
О врачебной комиссии ФГУ «Уральский научно-исследовательский институт дерматовенерологии и иммунопатологии Росмедтехнологий»

I. Общие положения

1. Врачебная комиссия клиники ФГУ «УрНИИДВиИ Росмедтехнологий» (далее – ВК) создается приказом директора института.

2. ВК предназначена для коллегиального обсуждения и принятия решений по всем наиболее значимым клинико-экспертным вопросам организации и качества оказания медицинской помощи, экспертизы трудоспособности и профессиональной пригодности, иных медико-социальных вопросов в пределах своей компетенции, а также для рассмотрения конфликтных ситуаций, претензий пациентов и заинтересованных организаций, возникающих в процессе оказания медицинской помощи в данном учреждении.

3. Плановая работа ВК строится по квартальным и годовым планам. План работы ВК включается в план работы клиники. Председатель ВК осуществляет общее руководство работой ВК, координирует ее деятельность, утверждает и контролирует исполнение планов работы, проводит заседания не реже 1 раза в месяц.

4. ВК является организационно-методическим и консультативным органом учреждения. В состав ВК включаются руководители структурных подразделений, заведующие и наиболее опытные врачи подразделений клиники, научные сотрудники института, сотрудники кафедры кожных и венерических болезней Уральской государственной медицинской академии. Один из членов ВК является секретарем комиссии.

5. Состав присутствующих на каждом заседании комиссии членов ВК определяется вынесенными на повестку вопросами, обязательно присутствие председателя или его заместителя, заведующих отделениями и врачей, ответственных за госпитализацию больных. Остальные члены комиссии приглашаются по усмотрению председателя ВК.

6. Секретарь ВК обеспечивает контроль за своевременным рассмотрением материалов, их подготовку и оформление к заседанию ВК, ведение и хранение установленной документации.

7. Заседание и решение ВК оформляются протоколом. Заключение вносится в первичные медицинские документы, а также в Журнал учета клинико-экспертной работы лечебно-профилактического учреждения (форма № 035/у-02). Копия заключения, заверенная печатью ФГУ «УрНИИДВиИ Росмедтехнологий», выдается по требованию пациента либо в другие инстанции в установленном законом порядке.

8. При комиссионном рассмотрении и проведении экспертной оценки работы специалистов или подразделений учреждения присутствие проверяемых лиц и руководителей обязательно.

II. Функции

Врачебная комиссия:

1. Оценивает качество лечебно-диагностического процесса и ведения медицинской документации путем анализа соответствия назначения лечебных и диагностических процедур стандартам медицинской помощи, их обоснованность, адекватность и своевременность для данного больного, полноты выполнения врачебных назначений, соблюдения требований ведения истории болезни и амбулаторных карт.

2. Выявляет дефекты оказания медицинской помощи на догоспитальном этапе и в процессе лечения больного.

3. Разрабатывает и реализует мероприятия по устранению и предупреждению ошибок в диагностике и лечении больных.

4. Оценивает конечные результаты деятельности отдельных специалистов и структурных подразделений по вопросам качества лечебно-диагностического процесса и экспертизы трудоспособности.

5. Рассматривает вопросы экспертизы нетрудоспособности и выносит заключения:

– по представлению лечащего врача и заведующего отделением;

– в сложных клинико-экспертных и конфликтных ситуациях;

– при направлении пациента на освидетельствование в медико-социальную экспертную комиссию (МСЭК).

6. Осуществляет отбор пациентов на лечение в клинику института по программе оказания высокотехнологичной медицинской помощи.

7. Рассматривает иски и претензии пациентов, медицинских страховых организаций и исполнительных органов Фонда социального страхования по качеству оказания медицинской помощи и экспертизе трудоспособности.

III. Права

Врачебная комиссия имеет право:

1. Вносить предложения по улучшению организации деятельности лечебно-профилактического учреждения и структурных подразделений ЛПУ, направленные на повышение качества оказания медицинских услуг.

2. Представлять по результатам экспертизы руководителю ЛПУ заключения о соответствии специалистов занимаемой должности, о целесообразности пересмотра квалификационной категории, целесообразности мер дисциплинарного воздействия и штрафных санкций.

3. Направлять представления в учреждения, организации, ведомства по вопросам оказания медико-социальной помощи пациентам, их трудоустройству, профессиональной ориентации другим вопросам, входящим в компетенцию ВК.

4. Обращаться в сложных экспертных случаях в ВК органа управления здравоохранением (по подчиненности), в т. ч. по вопросам передачи материалов дела в следственные органы.

IV. Ответственность

Врачебная комиссия несет ответственность за достоверность, обоснованность и объективность результатов проводимой экспертизы в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации.

Приложение 2
к Приказу № 31
от « 2 » апреля 2007 г.

Положение
Об организации работы по экспертизе временной нетрудоспособности

Экспертиза временной нетрудоспособности – вид медицинской экспертизы, основной целью которого является оценка состояния здоровья пациента, качества и эффективности проводимого обследования и лечения, возможности осуществления профессиональной деятельности, а также определения степени и сроков временной утраты трудоспособности.

Экспертная вертикаль:

1. Лечащий врач.
2. Заведующий отделением.
3. Заместитель директора по клинико-экспертной работе.
4. Врачебная комиссия.

Первый уровень – лечащий врач

Функциональные обязанности:

– решать вопрос о наличии у пациента признаков утраты временной нетрудоспособности (ВНТ) с учетом профессиональных факторов;

– своевременно направлять пациента на врачебную комиссию (оценка качества обследования, лечения и т. д.);

– выявлять признаки ограничения жизнедеятельности, утраты трудоспособности;

– осуществлять диспансерное наблюдение за хронически, длительно, часто болеющими;

– руководствоваться Рекомендациями для руководителей лечебно-профилактических учреждений и лечащих врачей, специалистов-врачей исполнительных органов ФСС РФ. Утверждены Минздравом РФ от 21.08.2000 г. № 2510/9362-34 и ФСС РФ от 21.08.2000 г. № 02-08/10-1977П «Ориентировочные

сроки временной нетрудоспособности при наиболее распространенных заболеваниях и травмах (в соответствии с МКБ-10)»;

– аргументированно отражать в первичной медицинской документации статус пациента при восстановлении трудоспособности;

– проводить анализ причин заболеваемости с разработкой комплекса мероприятий по предотвращению заболеваемости.

Второй уровень – заведующий отделением

Функциональные обязанности:

– осуществлять контроль за своевременностью направления пациентов на врачебную комиссию;

– ежедневно контролировать обоснованность выдачи листков временной нетрудоспособности (ЛВН) и справок ф. 095-у с проверкой медицинской документации;

– контролировать длительность временной нетрудоспособности пациентов.

Третий уровень – зам. по клинико-экспертной работе (зав. клиникой)

Функциональные обязанности:

– формировать программу работы врачебной комиссии;

– осуществлять координацию деятельности заведующих отделениями;

– разрабатывать и представлять директору ФГУ «УрНИИДВиИ Росмедтехнологий» план мероприятий, направленных на улучшение экспертизы ВНТ, взаимодействие с Фондом социального страхования;

– проводить семинары с лечащими врачами по экспертизе ВНТ;

– доводить до сведения врачей поступающие методические указания, инструкции, приказы по вопросам ВНТ.

Четвертый уровень – врачебная комиссия

Функциональные обязанности:

– рассматривает вопросы экспертизы нетрудоспособности и выносит заключения – по представлению лечащего врача и заведующего отделением: в сложных клинико-экспертных и конфликтных ситуациях, при направлении пациента на освидетельствование в медико-социальную экспертную комиссию (МСЭК), при отборе пациентов на лечение по программе оказания высокотехнологичной медицинской помощи;

– организует проведение инструктажа о порядке выдачи ЛВН, справок ф. 095-у;

– организует плановый контроль не реже 1 раза в квартал с осуществлением анализа не менее 30–50 медицинских карт стационарных больных из числа случаев ВНТ.

При проведении плановых проверок применяется метод «случайной» выборки и оцениваются:

– качество проведения и эффективность лечебно-диагностических мероприятий;

– своевременность привлечения к лечению необходимых специалистов, проведения консилиумов, применение возможных стационарозамещающих лечебных технологий, направления на госпитализацию;

– интенсивность лечебно-диагностического процесса;

– адекватность затраченных средств на лечение пациента, достигнутому результату;

– обоснованность выдачи ЛВН.

По результатам проведенных проверок готовится информационный материал с указанием выявленных недостатков, рекомендациями по их устранению и доводится до сведения директора ФГУ «УрНИИДВиИ Росмедтехнологий».

Приложение 3
к Приказу № 31
от «2» апреля 2007 г.

Положение
Об обеспечении качества оказания медицинской помощи пациентам клиники ФГУ «УрНИИДВиИ Росмедтехнологий»

Общие положения

В ФГУ «УрНИИДВиИ Росмедтехнологий» контроль качества оказания медицинской помощи осуществляется врачебной комиссией, состав и программа работы которой утверждается ежегодно директором ФГУ «УрНИИДВиИ Росмедтехнологий».

Внутрибольничный контроль качества медицинской помощи (далее – Контроль) – вид медицинской деятельности, направленной на обеспечение безопасной, эффективной, в должном объеме и надлежащего качества медицинской помощи в лечебно-профилактическом учреждении.

Объектом контроля является медицинская помощь, представляющая собой комплекс профилактических, диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий, которые осуществляются в соответствии с нормативными документам Министерства здравоохранения РФ и Министерства здравоохранения Свердловской области с целью достижения конкретных результатов.

Положение составлено на основании:

– основ законодательства РФ «О медицинском страховании граждан РФ» и Закона РФ «О защите прав потребителей»;

– решения коллегии МЗ РФ от 18–21 марта 2003 г. (протокол № 5) «Об итогах работы органов и учреждений здравоохранения в 2002 году и мерах по повышению качества медицинской помощи населению»;

– основных положений отраслевой программы «Управления качеством в здравоохранении» на 2003–2007 гг., утв. Коллегией Минздрава РФ и министром здравоохранения РФ Ю. Л. Шевченко 23 апреля 2003 г.;

– приказа МЗ РФ и Федерального фонда ОМС от 24.10.1996 г. № 363/77 «О совершенствовании контроля качества медицинской помощи населению Российской Федерации».

Задачами контроля являются:

– снижение риска прогрессирования имеющегося у больного заболевания и возникновения у него патологического процесса;

– обеспечение объективной удовлетворенности больных медицинским обслуживанием;

– обеспечение безопасности работы лечебно-профилактического учреждения; рациональное использование имеющихся ресурсов (кадровых, финансовых, материально-технических и др.).

Контроль подразделяется на обязательный и выборочный

Обязательный контроль проводится по всем законченным случаям, как правило по медицинской документации. При необходимости может быть проведена очная экспертиза.

Обязательному контролю также подлежат:

– случаи летальных исходов;

– случаи внутрибольничных осложнений и внутрибольничного инфицирования;

– случаи повторной госпитализации по поводу одного и того же заболевания в течение 6 месяцев;

– случаи заболеваний с удлиненными или укороченными сроками лечения;

– наличие жалоб больных или их родственников на качество обследования или лечения.

Выборочный контроль проводится на рабочем месте не реже 1 раза в неделю методом случайной выборки.

Цель проведения выборочного контроля – оценка правильности сбора специалистами учреждения информации о больном, оценка состояния его здоровья при поступлении, выполнения физикального обследования, установление целесообразности назначенных методов лабораторного и инструментального обследования, назначенного и проведенного лечения, а также оценка состояния здоровья больного перед выпиской и др.

Контроль осуществляется в соответствии с законодательством Российской Федерации, нормативными документами Минздрава России и настоящим Положением.

Лечащий врач осуществляет самоконтроль путем

– оценки состояния здоровья больного при первичном обращении в ЛПУ;

– выявления дефектов в оказании медицинской помощи на предшествующем этапе;

– составления плана обследования и лечения больного (с учетом устранения выявленных дефектов предыдущего этапа);

– проведения лечебного и диагностического процесса каждому пациенту в соответствии с установленными нормативами и требованиями;

– рационального расходования ресурсов ЛПУ;

– оформления медицинской документации в соответствии с требованиями.

Экспертный контроль осуществляется на следующих уровнях.

Первый уровень – заведующий отделением.

Функциональные обязанности:

плановая экспертиза всех законченных случаев (анализ при помощи Карт экспертной оценки и Классификатора дефектов) с учетом всех этапов лечебного процесса, сравнение с существующими Отраслевыми стандартами или ВПВБ всех законченных случаев.

Оцениваются:

– качество проведения и эффективность лечебно-диагностических мероприятий;

– соответствие интенсивности лечебно-диагностического процесса состоянию больного по основному и сопутствующим заболеваниям;

– своевременность привлечения необходимых специалистов, проведения консультаций, консилиумов;

– применение возможных стационарзамещающих технологий на этапе долечивания;

– адекватность затраченных средств достигнутому результату;

– качество (правильность и точность записей) ведения истории болезни в соответствии с учебно-методическим пособием «История болезни» (Екатеринбург, 2002).

Управленческие действия и решения:

– заполнение журнала по контролю качества в отделении;

– анализ структуры выявленных дефектов качества оказания лечебной помощи;

– обеспечение информацией и предложениями по оптимизации работы зам. директора по клинико-экспертной работе;

– обсуждение с персоналом выявленных дефектов и факторов, влияющих на снижение уровня качества медицинской помощи.

На каждый экспертный случай на первой ступени контроля оформляется Карта экспертной оценки с использованием Классификатора дефектов. Результаты сплошного контроля регистрируются в Журнале учета контроля за качеством ведения больных в отделении, результаты контроля за качеством ведения больных в отделении оформляются ежемесячным отчетом заведующего отделением.

Второй уровень – заместитель по клинико-экспертной работе (зав. клиникой)

Функциональные обязанности:

– анализ результатов контроля первого уровня с реэкспертизой. При реэкспертизе вычисляются коэффициент УКЛ (уровень качества лечения) и показатель дефектов (ПД) всех случаев неудовлетворительного качества; всех случаев возникновения серьезных нежелательных явлений в процессе проведения этапов лечебно-диагностической помощи; всех повторных случаев недостаточного качества оказания лечебной помощи; всех жалоб больных; выборочно не менее 30 законченных случаев в квартал;

– оценка работы экспертов и отделений в целом по утвержденной методике;

– ежеквартальное проведение страховой, медико-экономической и социологической экспертиз;

– Участие в работе клинико-экспертной комиссии;

– Ведение формы № 035/у-02.

Оценивается:

объективность проведенной оценки качества на первом этапе (реэкспертиза).

Управленческие действия и решения:

– представление во врачебную комиссию предложения по надбавкам стимулирующего характера, по административным и экономическим санкциям;

– составление заявки по ресурсному обеспечению подразделений клиники института (медикаменты, тест-системы, оборудование и т. д.);

– представление плана мероприятий по повышению квалификации и усовершенствованию врачей, врачей-лаборантов, среднего и младшего медицинского персонала;

– обеспечение контроля за реализацией приказов директора института.

Полученные на второй ступени контроля данные реэкспертиз, проводимых зав. клиникой, заносятся в журнал выборочного контроля качества зав. клиникой. Ежеквартально зав. клиникой суммирует информацию о работе конкретных врачей и отделений; информацию о работе зав. отделениями. Результатом анализа является показатель дефектов (ПД). Результаты контроля оформляются ежеквартальным отчетом об УКЛ.

Третий уровень – врачебная комиссия (ВК) лечебно-профилактического учреждения

Состав ВК определяется ежегодно в соответствии с приказом директора ФГУ «УрНИИДВиИ Росмедтехнологий».

Функциональные обязанности:

– целевая экспертиза качества медицинской помощи во всех случаях исковых заявлений, жалоб пациентов, при возникновении конфликтных ситуаций по представлению реэксперта (необходимо письменное заключение ВК, получение информационного согласия (либо несогласия) пациента на заключение комиссии);

– анализ качества лечебно-диагностического процесса по отделениям и институту в целом (не реже 1 раза в 6 месяцев);

– проведение анализа оперативности и эффективности реализации приказов директора в подразделениях клиники института;

– реализация в клинике предложений ведомственной и вневедомственной экспертиз.

Управленческие действия и решения:

– утверждение предложений реэксперта по надбавкам стимулирующего характера, административным и экономическим санкциям;

– определение приоритетных направлений развития и реорганизации клиники института;

– подготовка предложений в вышестоящие органы (ведомственные и вневедомственные).

Врачебная комиссия (третья ступень контроля) оформляет результаты экспертизы протоколом с предоставлением директору ФГУ «УрНИИДВиИ Росмедтехнологий».

Методика проведения внутриучрежденческого контроля качества медицинской помощи

1. Эксперт во время проведения экспертизы качества лечебно-диагностического процесса в обязательном порядке оценивает полноту и своевременность диагностических мероприятий, адекватность выбора и соблюдение лечебных мероприятий, правильность и точность постановки диагноза, обоснованность выдачи листка временной нетрудоспособности; выявляет дефекты и устанавливает их причины; готовит рекомендации по устранению и предупреждению выявленных недостатков.

2. На каждый случай экспертной оценки на первом этапе заполняется Карта экспертной оценки качества медицинской помощи (приложение 4.1), которая содержит краткую характеристику случая и балльную оценку качества.

3. При выборочном контроле на втором этапе экспертизы, проведенной реэкспертом, результаты фиксируются в Журнале оценки качества медицинской помощи (приложение 4.2), в котором отражаются данные реэкспертизы и оценка расхождений с данными первичной экспертизы.

Анализ уровня качества медицинской помощи в клинике института

1. По результатам обоих этапов экспертизы качества проводится ежеквартальный анализ работы клиники института по следующим параметрам:

– анализ врачебных ошибок, выявленных при проведении экспертной оценки;

– причины объективного и субъективного характера, повлекшие возникновение недочетов и ошибок при проведении лечебно-диагностических действий;

– качество оказания медицинской помощи по отделениям клиники института;

– качество оказания медицинской помощи пациентам с наиболее распространенными дерматозами и ИППП;

– качество оказания медицинской помощи врачами и научными сотрудниками.

2. В целях оценки эффективности работы клиники с использованием данных этапов экспертизы качества медицинской помощи ежеквартально проводится исчисление индикаторов качества оказания медицинской помощи.

На первом этапе исчисляются:

– доля больных, пролеченных с полным выполнением Стандарта (0 баллов при экспертной оценке);

– доля больных, пролеченных с нарушением Стандарта (более 2 баллов при экспертной оценке);

– коэффициент обоснованности госпитализаций;

– доля больных дерматозами с вновь развившейся вторичной инфекцией во время пребывания в стационаре;

– доля больных, переведенных в другие ЛПУ.

На втором этапе экспертизы выборочно или при имеющихся отклонениях от Стандарта оказания медицинской помощи исчисляются следующие индикаторы:

– доля случаев с отклонением сроков пребывания в стационаре, рассмотренных КЭК;

– коэффициент изменения показателей смертности от врожденного сифилиса;

– коэффициент обоснованности жалоб на работу медицинских сотрудников;

– коэффициент ресурсоемкости лечения (соотношение расчетной стоимости одного случая госпитализации в полном соответствии со Стандартом к фактическим затратам на один случай госпитализации);

– выполнение квот на дорогостоящую помощь (ВМП) по региону в %.

3. Итоги анализа работы клиники института (эксперная работа, индикаторы качества оказания медицинской помощи) ежеквартально обсуждаются на заседании КЭК, на основании чего формулируются предложения для принятия администрацией института управленческих решений.

С целью повышения эффективности работы по контролю и экспертизе качества медицинской помощи разработана программа непрерывной подготовки и переподготовки членов комиссии и заведующих структурными подразделениями с привлечением специалистов территориального управления Росздравнадзора. Сформирован пакет документов, обязательный для изучения и использования в работе: Государственный стандарт РФ «Система менеджмента качества (ГОСТ Р ИСО 9001-2001); Национальный стандарт РФ «Протоколы ведения больных. Общие положения» (ГОСТ Р 52623-2006. Дата введения 01.10.2007 г.); Национальный стандарт РФ «Технология выполнения простых медицинских услуг. Общие положения» (ГОСТ Р 52623-2006. Дата введения: 01.01.2008 г.); Отраслевой стандарт «Порядок разработки, согласования, принятия, внедрения и введения нормативных документов системы стандартизации в здравоохранении» (ОСТ ПРСПВВ № 91500.01.0001-2000) (Приказ Минздрава РФ от 31.07.2000 г. № 302); Отраслевой стандарт «Термины и определения системы стандартизации в здравоохранении»; Требования нормативных документов системы стандартизации в здравоохранении (Приказ МЗ РФ от 31.01.2001 г. № 18); Отраслевой стандарт «Система стандартизации в здравоохранении. Основные положения» (ОСТ 91500.01.0007-2001) (Приказ МЗ РФ от 04.06.2001 г. № 181; Отраслевой классификатор «Простые медицинские услуги». 91500.09.0001-2001 (Приказ МЗ РФ от 10.04.2001 г. № 113); Отраслевой стандарт «Сложные и комплексные медицинские услуги. Состав» (вместе с ОСТ 91500.09.0003-2001) (Приказ МЗ РФ от 16.07.2001 г. № 269); Отраслевой классификатор «Сложные и комплексные медицинские услуги». 91500.09.0002-2001. Система стандартизации в здравоохранении РФ (Приказ МЗ РФ от 16.07.2001 г. № 268); ОСТы, Протоколы ведения больных, Методические рекомендации «Порядок разработки и применения протоколов ведения больных» (МЗСР, 03.03.2006 г.).

Под особый контроль врачебной комиссии взято ведение учетной и отчетной медицинской документации: медицинских карт амбулаторного и

стационарного больного; журналов учета процедур; журналов учета приема больных и отказа в госпитализации; ведомостей учета посещений в поликлинике; листков учета больных и коечного фонда стационара; журналов регистрации листов нетрудоспособности (Ф-036/у). Данный раздел деятельности предусмотрен в Положении о лицензировании медицинской деятельности (пп. *л* п. 5).

В ГК РФ действует принцип презумпции вины (ст. 401, 1064), и невиновность доказывает лицо, нарушившее обязательство. В связи с этим врачебная документация должна включать документирование проведенных исследований и их результатов – подтверждение полноценной диагностики и ее интерпретация, документирование всех манипуляций, назначений, промежуточных осмотров и прочего, т. е. подтверждение выполнения всех этапов лечения и необходимых процедур, а также документирование информирования пациента – подтверждение проведения необходимых разъяснений и обсуждения лечения от этапа планирования до рекомендации при выписке.

Принцип информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство или клиническое исследование закреплено в законодательстве РФ, прежде всего в Основах законодательства РФ об охране здоровья граждан, т. е. является не только этической, но и правовой основой деятельности врача. В ст. 32 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан сказано: «Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является информированное добровольное согласие гражданина», а в ст. 31 Основ уточняется понятие права граждан на информацию о состоянии здоровья: «Каждый гражданин имеет право в доступной для него форме получить имеющуюся информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанных с ними рисках, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения».

Информация о состоянии здоровья гражданина предоставляется ему, а в отношении лиц, не достигших возраста 15 лет, и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, – их законным представителям лечащим врачом, заведующим отделением ЛПУ или другими специалистами, принимающими непосредственное участие в обследовании и лечении.

Вопросы предоставления информации регулируются не только указанными отраслевыми нормативно-правовыми актами, но и гражданским законодательством РФ. Обязанность предоставления информации закреплена в Гражданской кодексе Российской Федерации, Федеральном законе

«О защите прав потребителей». По общему правилу гражданско-правовая ответственность не может наступать при отсутствии вины причинителя вреда, однако независимо от вины причинителя вреда возмещается вред жизни и здоровью гражданина вследствие недостоверной или недостаточной информации о ней (ст. 1095 ГК РФ), если причинитель вреда (врач, ЛПУ) не докажет, что вред возник вследствие непреодолимой силы или нарушения потребителем установленных правил пользования товаром, результатами услуги или хранения. Таким образом, недостоверность или недостаточность информации о медицинской услуге – условие объективного вменения вины медицинским работникам при причинении вреда жизни и здоровью пациента при медицинском вмешательстве.

В Законе «О защите прав потребителей» ст. 8–10, 12 посвящены праву граждан на информацию об изготовителе (исполнителе, продавце) и о товарах (работах, услугах). Потребитель вправе потребовать предоставление необходимой и достоверной информации об изготовителе (исполнителе, продавце), режиме его работы и реализуемых ими товарах (работах, услугах). Информация должна доводиться до сведения потребителей в наглядной и доступной форме. Изготовитель (исполнитель, продавец) обязан своевременно предоставлять потребителю необходимую и достоверную информацию о товарах (работах, услугах), обеспечивающую возможность их правильного выбора. Так, в соответствии с законом исполнитель (врач или иной медицинский работник) перед выполнением работы, услуги (оказанием медицинской помощи) обязан своевременно предоставить потребителю (пациенту) необходимую достоверную информацию о работах, услугах (медицинских вмешательствах), обеспечивающих возможность правильного выбора. В соответствии со ст. 12 Закона при причинении вреда жизни и здоровью потребителя (пациента) вследствие непредоставления ему полной и достоверной информации о работе, услуге (медицинском вмешательстве), пациент вправе потребовать возмещения исполнителем причиненного вреда, в т. ч. возмещения убытков. При рассмотрении требований пациента о возмещении убытков, причиненных недостоверной или недостаточно полной информацией о работе, услуге (медицинском вмешательстве), законодатель исходит из предположения об отсутствии у потребителя (пациента) специальных познаний о свойствах и характеристиках выполненных работ, услуг (медицинских вмешательств). На медицинского работника – исполнителя услуги – возлагается обязанность по предоставлению такой информации.

В Федеральном законе «О лекарственных средствах» указывается, что пациент должен быть информирован о лекарственном средстве, об ожидаемой эффективности, о безопасности лекарственного средства, степени

риска для пациента, о действиях пациента в случае непредвиденных эффектов влияния лекарственного средства на состояние его здоровья, об условиях страхования здоровья пациента.

Каждый пациент обладает индивидуальными особенностями восприятия информации. Медицинские работники, принимающие решение, каким образом предоставить информацию, которую должен получить пациент, учитывают такие критерии, как социальный статус, образовательный уровень, материальное положение пациента. Вместе с тем количество и качество информации, предоставленной пациенту, не должно быть ограничено этими характеристиками пациента. Ему необходимо предоставить всю необходимую информацию для самостоятельного решения по поводу перспективы медицинского вмешательства и прогноза для его здоровья и жизни. Безусловно, имеет значение не только личность пациента, но и личность врача. Врач, руководствуясь своими знаниями, квалификацией и опытом, определяет объем и содержание информации, которую необходимо предоставить пациенту с учетом диагноза заболевания, прогноза, возможных вариантов медицинского вмешательства при данном заболевании на основе данных о состоянии здоровья этого больного, рисках медицинского вмешательства, возможных осложнениях и т. д. Информация должна быть предоставлена на понятном для пациента языке, по возможности без использования специальных терминов, профессионального сленга. Врач на основании своей квалификации и опыта предоставляет пациенту варианты выбора лечения заболевания. Предоставленная информация – основа оптимального для пациента выбора, но выбрать должен сам пациент. Нельзя требовать от него принятия профессионального, компетентного решения по выбору медицинского вмешательства. Это прерогатива врача, квалифицированного специалиста, который в соответствии со своими знаниями, опытом, профессиональными и служебными обязанностями, привлекая имеющиеся в его распоряжении ресурсы системы здравоохранения, обязан квалифицированно выполнить свою работу по выбору наиболее эффективного и безопасного медицинского вмешательства в соответствии с показаниями и особенностями состояния здоровья данного пациента.

Пациент, прежде чем согласиться на медицинское вмешательство, должен осознать угрозу имеющегося у него заболевания для своего здоровья и жизни, опасность и сложность предлагаемого медицинского вмешательства, адекватно оценить ожидаемые результаты предлагаемого медицинского вмешательства и только после этого выразить свое согласие или несогласие на медицинское вмешательство.

Пациент принимает на себя ответственность исключительно за то, что осознанно, на основании достаточной и достоверной информации, соответствующей уровню его понимания, добровольно, без принуждения со стороны третьих лиц, принимает выбор медицинских работников и подтверждает свою готовность оказывать посильное содействие, в силу своих возможностей, в выполнении показанного медицинского вмешательства и достижении наилучших результатов лечения в целом.

Информированное добровольное согласие (ИДС) на медицинское вмешательство всегда должно оформляться исключительно в письменной форме, с подписями врача, предоставившего информацию, и пациента. Только в таком случае при возникновении конфликта можно будет дать объективную оценку объему предоставленной информации. Часть информации для облегчения работы врача может быть представлена в типовой форме ИДС, но все особенности именно данного медицинского вмешательства с учетом индивидуальных особенностей состояния здоровья пациента необходимо дополнительно фиксировать документально. До настоящего времени федеральным органам исполнительной власти, осуществляющим реализацию государственной политики и нормативно-правовое регулирование в сфере здравоохранения, не разработана и не утверждена типовая форма ИДС. Кроме того, решение проблемы ИДС зависит от уровня правового сознания как пациента, так и медицинских работников.

Данные обстоятельства побудили нас провести социологическое исследование среди врачей и пациентов. Основные задачи исследования – изучение уровня информированности работников здравоохранения о правах пациентов и о проблеме ИДС; изучение информированности пациентов о своих правах, обязанностях работников здравоохранения и проблеме ИДС с целью разработки и последующего практического использования в КВУ типовой формы ИДС. В ходе исследования проанкетировано 122 врача и 265 пациентов КВД из 11 регионов РФ. В ходе исследования было выявлено, что согласие на медицинское вмешательство от пациентов получают всегда 67,2 % врачей; 31,1 % врачей согласие получают, но не всегда, и лишь 1,7 % такового не получают. При этом всегда фиксируют письменно данное согласие лишь 39,3 %, фиксируют не всегда – 31,3 %, вообще не заполняют данную форму 29,6 % опрошенных. На вопрос о том, с какого возраста необходимо получать ИДС у пациента, лишь 11,5 % ответили правильно – с 15 лет. Обращает внимание отсутствие знаний у всех опрошенных о случаях, предусмотренных законодательством РФ, в которых медицинская помощь оказывается без согласия граждан. Мнение самих

врачей о том, какой порядок оформления согласия должен быть, следующее: 88,5 % считают правильным оформление ИДС письменно, 5 % считают приемлемой устную форму согласия, 6,5 % затруднились с ответом. При выявлении проблем, возникающих при заполнении ИДС, 45,9 % опрошенных отметили трудности общения с пациентом, 41,0 % – недостаток правовых знаний и 29,5 % – дефицит времени. При самооценке правовых знаний врачом 27,9 % опрошенных отметили знания достаточными, 55,7 % – недостаточно полными и 16,4 % сочли свой уровень правовых знаний низким.

На вопрос о том, знают ли пациенты о своих правах, в том числе на ИДС, при оказании медицинской помощи, утвердительно ответили 18 % респондентов. На вопрос, желают ли они знать о состоянии своего здоровья, о результатах проведенного обследования, о методах лечения, 87 % респондентов ответили уверенно утвердительно. На вопрос о том, объясняют ли пациентам все, что они желают знать о состоянии их здоровья, о результатах обследования, о возможных методах лечения и связанном с ними риске, утвердительно ответили 33 % опрошенных, 28 % респондентов ответили «скорее да, чем нет». Ответили «скорее нет, чем да» 33 %; 6 % респондентов ответили отрицательно. На вопрос, давали ли они согласие на госпитализацию, обследование, лечение и в какой форме, 17 % респондентов ответили, что давали согласие в письменной форме, 63 % респондентов – в устной форме, а 20 % опрошенных не давали согласие на госпитализацию, обследование и лечение ни в какой форме.

Полученные результаты свидетельствуют о низком уровне правовых знаний по проблемам ИДС как у медицинских работников, так и у пациентов и диктуют необходимость разработки типовой формы ИДС. Пока такая форма не разработана на федеральном уровне, это можно сделать на уровне органов управления здравоохранением субъекта РФ и, безусловно, на уровне конкретного КВД. При этом ИДС должно оформляться документально и содержать следующие сведения: о состоянии здоровья больного (его заболевании, результатах обследования, прогнозе заболевания, возможных осложнениях заболевания, включая отдаленные последствия); медицинском вмешательстве; медицинских технологиях и рисках, связанных с их использованием; возможных вариантах медицинского вмешательства, его результатах и последствиях, включая отдаленные последствия; о правах и обязанностях пациента, находящегося в поликлинике (стационаре) КВУ; об организации и персонале, осуществляющих медицинское вмешательство. В качестве примера приводим возможные варианты форм ИДС.

Информация о правах и обязанностях пациента при оказании медицинской помощи

В соответствии с требованиями Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан от 22.07.1973 г. № 5487-1 кожно-венерологическое учреждение в лице главного врача подтверждает гарантию сохранения конфиденциальности сведений, составляющих врачебную тайну о (Ф.И.О. пациента) ______________________________, и информирует о том, что при обращении за медицинской помощью и ее получении пациент имеет право на уважительное и гуманное отношение со стороны медицинского и обслуживающего персонала; на выбор лечащего врача, с учетом его согласия на обследование, лечение и содержание в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям; проведение по его просьбе консилиума и консультации других специалистов; на ИДС на медицинское вмешательство в соответствии со ст. 32 Основ; на отказ от медицинского вмешательства в соответствии со ст. 33 Основ; на получение информации о состоянии здоровья пациента в доступной форме от лечащего врача, заведующего отделением или другого специалиста, принимающего непосредственное участие в обследовании и лечении в соответствии со ст. 31 Основ; на отказ от получения указанной информации против своей воли; на возмещение ущерба в соответствии со ст. 68 Основ в случае причинения вреда его здоровью при оказании представителя для защиты его прав, допуск к нему священнослужителя (в условиях стационара); сохранение в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья, диагнозе и иных сведений, полученных при его обследовании и лечении, в соответствии со ст. 61 Основ, а также на выбор лиц, которым в интересах пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья.

Уведомляем, что медицинское учреждение имеет право без согласия пациента или его законного представителя разгласить конфиденциальные сведения в следующих случаях: в целях обследования и лечения гражданина, не способного из-за своего состояния выразить свою волю; при угрозе распространения инфекционных заболеваний, массовых отравлений и поражений; по запросу органов дознания, следствия и суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством; в случае оказания помощи несовершеннолетнему в возрасте до 15 лет для информирования его родителей или законных представителей; при наличии оснований, позволяющих полагать, что вред здоровью гражданина причинен в результате противоправных действий; в целях проведения военно-врачебной экспертизы в порядке, установленном положением о военно-врачебной экспертизе, утвержденным Правительством РФ.

Пациент обязуется соблюдать правила внутреннего распорядка лечебно-профилактического учреждения, лечебно-охранительный режим, а также в целях получения лучших результатов представить лечащему врачу достоверную и полную информацию о состоянии здоровья; об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных средств, обо всех перенесенных ранее и имеющихся в настоящее время заболеваниях, принимаемых лекарственных препаратах, сообщать правдивые сведения о своей наследственности,

о злоупотреблении алкоголем, наркотическими средствами или токсическими веществами, об одновременном лечении у других специалистов и выполнении их рекомендаций.

В случае нарушения указанных прав пациент может обращаться с жалобой непосредственно к руководителю или иному должностному лицу, в соответствующие профессиональные медицинские ассоциации либо в суд.

Я, ____,
своей подписью удостоверяю, что текст информации о правах и обязанностях мною прочитан, с правилами внутреннего распорядка КВУ я ознакомлен(а), мне понятно содержание и назначение данного документа. Получив полную информацию о своих правах и обязанностях, даю свое согласие на предоставление медицинским учреждением сведений о фактах моего обращения за медицинской помощью, о состоянии моего здоровья и диагнозе, а также в случаях неблагоприятного прогноза развития моего заболевания следующим лицам:

____

(Ф. И. О./контактный телефон)

____

(Ф. И. О./контактный телефон)

«___» __________ 20____ г. _____________________ / _____________________/

(подпись пациента или его законного представителя) (расшифровка подписи)

Если пациент по каким-либо причинам не может собственноручно подписать данный документ, настоящий документ заверяется двумя подписями сотрудников КВУ.

«___» __________ 20____ г. _____________________ / _____________________/

«___» __________ 20____ г. _____________________ / _____________________/

ИНФОРМИРОВАННОЕ
добровольное согласие

1. Я, нижеподписавшийся(аяся)____,

(подпись пациента/законного представителя (родители, усыновители, опекуны))

настоящим подтверждаю, что в соответствии со ст. 31 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22.07.1993 г. № 5487-1, согласно моей воле, в доступной для меня форме проинформирован(а) о состоянии:
а) моего здоровья,
б) здоровья ____,

(Ф. И. О. несовершеннолетнего до 15 лет, недееспособного)

представляемого мной на основании ________________________________

____,
(наименование и реквизиты правоустанавливающего документа, кем, когда выдан)

а именно, о нижеследующем:

1.1. О наличии, характере, степени тяжести и возможных осложнениях заболевания____
(установленный и/или предварительный диагноз в соответствии с МКБ-10)

1.2. О результатах лечения и обследований, проведенных до настоящего момента.

1.3. О прогнозе и методах дальнейшего лечения заболевания, о необходимости и целесообразности применения в дальнейшем тех или иных лекарственных средств.

1.4. Обо всех возможных вариантах медицинского вмешательства, альтернативных видах и методах лечения: ________________________________

____
(все возможные виды и методы лечения)

1.5. О целях и формах, болезненности и длительности, предлагаемых вариантах медицинского вмешательства, о наличии показаний к проведению мне (представляемому) указанных в п. 1.4 видов и методов лечения.

1.6. О возможных последствиях и осложнениях, о режиме моего поведения (поведения представляемого) до, во время и после лечения, об этапах лечения и о возникновении дополнительных вмешательств на том или ином этапе лечения, о действии применяемых медикаментов, об ожидаемых результатах по каждому возможному варианту медицинского вмешательства, указанному в п. 1.4.

2. Получив полные и всесторонние разъяснения, включая исчерпывающие ответы на заданные мной вопросы, подтверждаю, что мне понятны суть моего заболевания и опасности, связанные с дальнейшим развитием этого заболевания.

2.1. Добровольно в соответствии со ст. 32 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22.07.1993 г. № 5487-1 даю свое согласие на проведение мне (представляемому мной)

____
(наименование манипуляции, операции, процедуры и др.)

2. 2. На проведение мне (представляемому мной) медицинского вмешательства, указанного в п. 2.1, уполномачиваю ____________________________

____
(Ф. И. О., должность)

2.3. Я понимаю необходимость проведения указанного в п. 2.1 медицинского вмешательства и предупрежден(а) о возможных побочных осложнениях, обусловленных биологическими особенностями организма, о последствиях и связанных с ними рисками, включая не зависящие от соблюдения применяемой технологии (т. е. о непреднамеренном причинении вреда здоровью) ______________________

____

____

2.4. В случае возникновения необходимости в проведении дополнительных вмешательств даю на них добровольное согласие.

В практической работе поликлиники и стационара УрНИИДВиИ с 2002 г. используются формализованные бланки ИДС (отказа) № 1 и № 2, позволившие взять под контроль взаимоотношения врача и пациента, а также защитить врача в случае необоснованных претензий.

Приложение 1.1
к Положению о порядке приема
больных в клинику ФГУ
«УрНИИДВиИ Росздрава»
от 27 сентября 2006 г.

Бланк 1. Информированное согласие пациента на обследование и лечение в клинике ФГУ «УрНИИДВиИ Росздрава»

(Заполняется и вклеивается в историю болезни (амбулаторную карту) до начала лечения.)

Я, ________________________, получил подробное разъяснение по поводу диагноза, особенностей течения моего заболевания, вероятной длительности лечения и прогноза (вероятность успешного исхода и исхода при отказе от лечения).

Мне даны полные разъяснения по плану обследования и лечения (разъяснены возможные варианты медицинского вмешательства, связанные с ними риски и их последствия).

Я извещен о необходимости соблюдать режим в ходе лечения, регулярно принимать назначенные препараты, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых не прописанных препаратов (например, для лечения простуды, гриппа, головной боли и т. п.).

Я извещен, что несоблюдение рекомендаций врача, режима приема препарата, бесконтрольное самолечение могут осложнить лечение и отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

Я получил информацию об альтернативных методах лечения и имел возможность задать любые интересующие вопросы касательно заболевания и лечения, получил на них удовлетворительные ответы.

С предложенным планом обследования и лечения согласен.

От предложенного плана обследования и лечения отказался.

(ненужное зачеркнуть)

«_____»____________200 __ г. ____
__

(подпись пациента или его законного представителя)

____

(печать и подпись лечащего врача)

Примечание. Предлагаемый план обследования и лечения в любом случае («согласен», «отказался») должен быть расписан врачом в первичном медицинском документе.

Бланк 2. Информированное согласие пациента на проведение дополнительного обследования и лечения

Я, ____, получил подробное разъяснение по поводу своего основного и сопутствующих ему заболеваний, особенностей их течения и состава комплекса обследования и лечения в пределах внутриучрежденческого Стандарта института по данной нозологии. В целях повышения эффективности моего обследования и расширения комплекса терапии мне предложено проведение дополнительных медицинских мероприятий с оплатой данных услуг из моих собственных средств.

С предложенными и дополнительными методами обследования:

СОГЛАСЕН НЕ СОГЛАСЕН ____

(ненужное зачеркнуть) (подпись пациента или его законного представителя)

С предложенными и дополнительными методами лечения

СОГЛАСЕН НЕ СОГЛАСЕН____

(ненужное зачеркнуть) (подпись пациента или его законного представителя)

«______»________________200__г. ______________________________

(подпись лечащего врача)

Приложение 1.5
к Положению о порядке приема
больных в клинику ФГУ
«УрНИИДВиИ Росздрав»
от 27 сентября 2006 г.

Информированное согласие пациента об исходе заболевания

(В обязательном порядке вклеивается в историю болезни (амбулаторную карту) после выписного эпикриза.)

Мне, ____________________________, предоставлена подробная информация о результатах проведенного обследования и лечения. Все положения врачом разъяснены и понятны. Я получил информацию, что и под чьим контролем должен делать после выписки.

«_____»____________200 __ г. ____

(подпись пациента или его законного представителя)

____

(печать и подпись лечащего врача)

В медицинской среде, согласно данным анкетирования, распространено мнение о том, что при наличии ИДС пациента в случае причинения вреда от лечения или бездействия ответственность медицинского работника не наступает. В этой связи рассмотрим место ИДС на медицинское вмешательство в системе уголовного и гражданско-правового регулирования.

Юридически значимыми считаются ненадлежащее осуществление диагностики, лечения, реабилитации больного, организации медицинской помощи; бездействие, если оно привело к негативным последствиям в форме вреда пациенту или опасности для общества. Но если нет вреда, то нет и юридической значимости вопроса. Все перечисленное касается нарушения процесса диагностики, лечения, организации медицинской помощи или нарушения прав граждан. Если подобные действия медицинских работников не привели к причинению вреда жизни и здоровью пациента или опасности для общества, то это не предмет уголовного или гражданско-правового регулирования, а основание для разбирательства данного случая в коллективе или профессиональном сообществе и, возможно, наложения на медицинского работника дисциплинарной ответственности.

Наличие ИДС не играет абсолютно никакой роли для наступления уголовной ответственности. Составы преступлений определены Уголовным кодексом РФ, а уголовная ответственность наступает только при наличии состава преступления. Если есть состав преступления – уголовная ответственность наступает, если нет – не наступает.

В гражданском праве роль ИДС иная. ИДС является обязательным, но недостаточным условием освобождения от гражданско-правовой ответственности (ГПО) в случае причинения вреда здоровью пациента.

К числу условий наступления ГПО относятся: 1) наличие вреда у потерпевшего (пациента), выраженного в имущественной или неимущественной форме; 2) противоправный характер поведения причинителя вреда, выраженный в активной форме (действие) или в пассивной форме (бездействие); 3) причинно-следственная связь между противоправным деянием и возникшим вредом; 4) вина причинителя вреда.

ГПО по общему правилу наступает при наличии этих условий. Наличие или отсутствие ИДС влияет на оценку действий врача как правомерных или противоправных. При противоправном характере поведения (ненадлежащем исполнении профессиональных обязанностей врачом) при наличии других условий ГПО ответственность наступает.

Наличие ИДС пациента на медицинское вмешательство рассматривается как заключение письменного договорного соглашения, однако основания и объем ответственности за причиненный вред определяются в соответствии со ст. 1084 ГК РФ, и информированность и добровольность согласия на причинение вреда совершенно не меняют дела. Никакие соглашения между медицинской организацией и пациентом, направленные на устранение ответственности за причинение вреда здоровью, не имеют юридической силы. Правовое значение имеет лишь повышенная ответственность, предусмотренная соглашением сторон. Информированность и добровольность вмешательства касаются лишь риска ухудшения состояния здоровья при правильном диагнозе и лечении, т. е. при надлежащем исполнении медицинским работником своих профессиональных обязанностей. Факт отсутствия ИДС даже при правильном диагнозе и лечении говорит о несоблюдении прав пациента в процессе оказания ему медицинской помощи, а значит, характеризуется как ненадлежащее исполнение медицинским работником своих профессиональных обязанностей (противоправное поведение) и является одним из условий наступления гражданско-правовой ответственности.

Таким образом, понятно, что ИДС является обязательным, но недостаточным условием освобождения от ГПО. Оно играет роль для осво-

бождения от ответственности лишь при правильном диагнозе и лечении. Судебная практика показывает, что наличие ИДС пациента на медицинское вмешательство рассматривается как заключение письменного договорного соглашения и имеет значение при вынесении решения по возмещению вреда, причиненного правомерными действиями в результате медицинского вмешательства, особенно морального вреда. Суд при принятии решения об обоснованности претензии пациента о нанесенном ему моральном вреде исходит из того, был ли пациент проинформирован о методе лечения, возможных осложнениях, исходе и последствиях лечения и т. д. заранее, до момента начала лечения, и дал ли пациент добровольное согласие на такое лечение в рамках заключения письменных договорных отношений. На сегодняшний день нет ни одной утвержденной типовой формы ИДС. Ее нельзя предусмотреть на все случаи медицинских вмешательств. В каждой медицинской организации своя специализация и специфика работы. В каждой медицинской организации разные материально-технические возможности лечебно-диагностической базы, различный уровень квалификации персонала, имеющего право на выполнение тех или иных медицинских манипуляций. Вот почему разработка и утверждение формы ИДС – прерогатива медицинской организации, осуществляющей медицинскую деятельность. Форму ИДС своим приказом утверждает руководитель КВУ. Независимо от типовых форм ИДС, разработанных на уровне медицинской организации или на уровне Министества здравоохранения и социального развития, все особенности конкретного медицинского вмешательства с учетом индивидуальных особенностей состояния здоровья пациента необходимо дополнительно предоставлять пациенту и фиксировать документально. Ответственность за предоставление данной информации несет лечащий врач, осуществляющий лечение больного.

С целью мониторирования организации контроля качества специализированной медицинской помощи в зоне Урала, Сибири и Дальнего Востока нами в первом полугодии 2008 г. проведена экспертная оценка данного раздела работы в КВУ субъектов Федерации РФ. Согласно разработанному в УрНИИДВиИ алгоритму анализу подлежал следующий круг вопросов, документов и материалов:

1) Приказ о назначении ответственного за контроль качества в КВУ (подготовленного зам. главного врача по этой работе: ТУ – 144 ч, 72 ч);

2) Приказ об организации работы врачебной комиссии в КВУ (во исполнение и в соответствии с приказом МЗиСР РФ от 14.03.2007 г. № 170);

3) Программа обеспечения многоуровневого контроля качества оказания медицинской помощи в КВУ на 2008 и в 2007 г.;

4) наличие утвержденных стандартов оказания специализированной медицинской помощи (утвержденные на уровне КВУ или вышестоящего

органа управления), наличие утвержденных в соответствии с действующим законодательством медицинских (диагностических и лечебных) технологий;

5) Журнал регистрации заседаний врачебной комиссии (план-график заседаний ВК);

6) наличие утвержденных индикаторов качества (медицинских, социальных и экономических) деятельности КВУ;

7) ведение учета клинико-экспертной работы в КВУ (в соответствии с Приказом МЗ РФ от 21.05.2002 г. № 154 и Методрекомендациями МЗ РФ от 20.12.2002 г. № 2002/140 «Учет, оценка и анализ клинико-экспертной деятельности ЛПУ» (до марта 2007 г. Приказ и Положение о зам. главного врача по медицинской и клинико-экспертной работе);

8) наличие и ведение Журнала учета клинико-экспертной работы КВУ (035/у-02), итоговая сводка об объемах и результатах экспертиз КМП;

9) приказы о наказании врачей за нарушение стандартов оказания медицинской помощи и медицинских технологий;

10) исполнение ФЗ от 02.03.2006 г. № 59-ФЗ «О порядке рассмотрения обращений граждан РФ» в ЛПУ;

11) наличие и ведение Журнала обращения граждан;

12) организация и ведение личного приема граждан главным врачом КВУ и его заместителями;

13) приказы о наказании медицинского персонала по результатам проведенных служебных расследований, связанных с жалобами (обращениями) граждан в КВУ или вышестоящие инстанции;

14) ответы заявителям, по письмам и обращениям (жалобам) больных и их представителей;

15) материалы социологических опросов пациентов, обратившихся в КВУ;

16) анкета пациента;

17) материалы (результаты) социологических опросов пациентов по проблеме оказания качественной медицинской помощи) в конкретном КВУ;

18) решения администрации КВУ, направленные на улучшение качества оказываемой медицинской помощи в КВУ;

19) наличие в ЛПУ перечня нормативно-правовых актов, приказов, регламентирующих деятельность по обеспечению лицензиатом контроля за соответствием качества выполняемых медицинских работ (услуг) установленным требованиям (стандартам) (пп. «з» п. 5 Положения о лицензировании медицинской деятельности, утв. Постановлением Правительства РФ от 22.01.2007 г. № 30), отсутствие которых относится к грубым нарушениям.

Таблица 1.18

Работа клинико-экспертных комиссий в КВУ Уральского, Сибирского, Дальневосточного и Приволжского федеральных округов в 2007 г.

Субъекты Федерации	Число КВУ	Число КВУ, имеющих внутри-учреж-денческие стандарты	Работа клинико-экспертной комиссии		
			Число КВУ, имеющих приказы о работе КЭК	Число заседаний клинико-экспертной комиссии в КВУ	Число приказов, изданных по результатам работы клинико-экспертной комиссии
Уральский федеральный округ					
Курганская область	2	2	2	133	6
Ямало-Ненецкий АО	1	1	1	10	0
Челябинская область	5	3	5	79	12
Свердловская область	5	5	5	375	6
Тюменская область	1	1	1	704	2
Сибирский федеральный округ					
Алтайский край	5	4	5	125 (по 2 КВУ)	4 (по 2 КВУ)
Кемеровская область	1	0	1	293	0
Омская область	1	1	1	443	4
Республика Бурятия	1	1	1	12	5
Иркутская область	2	0	2	57	16
Республика Алтай	1	1	1	20	3
Читинская область	1	1	1	101	9
Красноярский край	5	3	5	519	17

Окончание табл. 1.18

Дальневосточный федеральный округ					
Сахалинская область	1	1	1	55	4
Магаданская область	1	1	1	53	0
Еврейская АО	1	1	1	34	0
Республика Саха	1	1	1	4	1
Камчатский край	1	1	1	3	5
Приморский край	1	1	1	12	12
Амурская область	1	1	1	180	8
Хабаровский край	4	1	1	167	14
Приволжский федеральный округ					
Пермский Край	7	6	7	255	14
Республика Башкортостан	1	1	1	12	0

Как видно из табл. 1.18, внутриучрежденческие стандарты утверждены в 41 (82,0 %) КВУ. Приказ о работе клинико-экспертной комиссии имелся во всех учреждениях. Вместе с тем лишь в 32 (64,0 %) КВУ по результатам работы клинико-экспертной комиссии издавались приказы.

В соответствии с лицензионными требованиями на видном и доступном месте должна быть расположена информация о лицензии, платных услугах, тарифах и т. д. Проверка показала, что приказ об утверждении в КВД формы «Информированное согласие для пациентов» в 2006 г. имели лишь 32 (61,5 %) КВУ, в 2007 г. – уже 46 (81,5 %). Вывеска (стенд), расположенная в доступном месте для пациента, оформленная в соответствии с требованием закона РФ № 2300-1 от 07.02.1992 г. «О защите прав потребителей» и копия лицензии с перечнем разрешенных услуг имелись в 49 (94,2 %) КВУ; утвержденный список бесплатно оказываемых работ и услуг в соответствии с лицензией и региональной Программой государственных гарантий оказания медпомощи и утвержденный прейскурант на оказание платных услуг – в 48 (92,3 %). Однако лишь в 31 (59,6 %) КВУ имелась вывеска (стенд) с документами, подтверждающими разрешение к применению медицинских технологий, используемых в данном КВУ (табл. 1.19)

Таблица 1.19

Выполнение лицензионных требований в КВУ Урала, Сибири и Дальнего Востока

Субъекты Федерации	Число КВУ	Наличие приказа об утверждении в КВД формы «Иформированное согласие для пациентов»		Наличие в доступном месте для пациента вывески (стенда), оформленной в соответствии с требованием закона РФ № 2300-1 от 07.02.1992 г. «О защите прав потребителей»		Размещение на стенде копии лицензии с перечнем разрешенных услуг		Утвержденный прейскурант на оказание платных услуг		Утвержденный список бесплатно оказываемых работ и услуг в соответствии с лицензией и региональной программой гос. гарантий оказания медпомощи		Наличие в доступном месте вывески (стенда) с документами, подтверждающими разрешение к применению медицинских технологий, используемых в КВУ	
		2006	2007	2006	2007	2006	2007	2006	2007	2006	2007	2006	2007
Уральский федеральный округ	14	78,6*	92,9	92,9	92,9	92,9	92,9	92,9	92,9	92,9	92,9	78,6	78,6
Сибирский федеральный округ	18	29,4	76,5	94,1	100,0	94,1	100,0	88,2	94,1	94,1	94,1	29,4	35,3
Дальневосточный федеральный округ	12	66,7	100,0	91,7	91,7	91,7	91,7	91,7	91,7	91,7	91,7	58,3	58,3
Приволжский федеральный округ	8	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	87,5	87,5

* Данные по годам приводятся в процентах.

Таким образом, факты недостаточного контроля за качеством оказания медицинской помощи на июнь 2008 г. выявлены практически во всех КВУ, клинико-экспертная деятельность врачебных комиссий ведется с нарушением действующих нормативных требований. Нарушения ведения медицинской учетно-отчетной документации, ненадлежащий контроль качества оказания медицинской помощи выявлены также практически во всех КВУ. Администрация большинства КВУ уделяет недостаточное внимание работе с обращениями граждан, а принимаемые меры нередко неадекватны серьезности допущенных нарушений и их последствиям. Вместе с тем во многих КВУ отсутствует необходимая для пациентов информация о возможности и порядке обжалования действия (бездействия) медицинского и иного персонала, о правах пациентов, гарантиях предоставления бесплатной медицинской помощи.

Необходимо в приоритетном порядке внедрение в работу КВУ разработанного в УрНИИДВиИ «Способа оценки эффективности деятельности кожно-венерологических учреждений» путем фиксирования и сбора индикаторов расчета интегральных показателей по признакам качества: медицинские, социальные и экономические.

Организационная технология «Способ оценки деятельности кожно-венерологического учреждения»

Медико-экономический результат, ожидаемый от использования данной организационной технологии, заключается в повышении контроля и управления качеством специализированной медицинской помощи в КВУ.

Результат достигается тем, что оценка эффективности деятельности КВУ осуществляется путем фиксирования и сбора индикаторов качества, их ранжирования и последующего расчета интегрального показателя. Индикаторы качества (ИК) фиксируют и ранжируют по группам качества: медицинские – 3,0, социальные – 2,0 и экономические 1,0 ИК. Затем производят ранжирование индикаторов качества от 1 до 5, а расчет интегрального показателя осуществляют по формуле

$$ИП_{кву} = (K_1 \cdot \sum_{i=1}^{n_1} \cdot R_{1i} \cdot M_i + K_2 \cdot \sum_{i=1}^{n_2} \cdot R_{2i} \cdot S_i + K_3 \cdot \sum_{i=1}^{n_3} \cdot R_{3i} \cdot Ec_i) : n,$$

где $ИП_{кву}$ – интегральный показатель КВУ;

K_1 – ранг группы медицинских индикаторов качества;

K_2 – ранг группы социальных индикаторов качества;

K_3 – ранг группы экономических индикаторов качества;

M_i – медицинские индикаторы качества;
S_i – социальные индикаторы качества;
Ec_i – экономические индикаторы качества;
n – общее количество индикаторов качества .

При значении $ИП_{кву}$ = 6–8 деятельность КВУ оценивают как «удовлетворительную».

Сущность технологии заключается в комплексном использовании различных групп показателей качества: медицинских, социальных и экономических, описывающих как структуру, так процесс и результат оказания медицинской помощи.

Ранжирование групп показателей ИК от 1,0 до 3,0 говорит о весомости данной группы: чем ближе коэффициент к 1,0, тем выше результативность, и наоборот. Ранжирование индикаторов качества от 1 до 5 говорит об их значимости и приоритете: чем выше показатель, тем выше значимость и приоритет индикатора качества (табл. 1.20).

Значение интегрального показателя $ИП_{кву}$ = 6–8 получено в результате сбора большого количества ИК и эмпирической оценки полученных данных.

Таблица 1.20

Расчет медицинских, экономических и социальных индикаторов качества дерматовенерологической помощи

№ п/п	Группа ИК	Название ИК	Ранг группы ИКК	Ранг ИК, R	Формула расчета ИК, М	Оптимальное значение ИК
1	Экономическая	Доля врачей, имеющих категорию	1	3	Ec_1 = число врачей, имеющих категорию/ всего врачей	Показатель должен стремиться к 1,0
2	Экономическая	Показатель обеспеченности дерматовенерологами городского населения (на 10 000 населения)			Ec_2 = число врачей, обслуживающих территорию х 10 000/ численность населения территории, обслуживаемой КВУ. Значение показателя, равное или выше 0,55, принимается за 1,0; значения ниже 0,55 соответствуют 0,5	Значение показателя, равное или выше 0,55, принимается за 1,0; значения ниже 0,55 соответствуют 0,5

Продолжение табл. 1.20

3	Экономическая	Показатель обеспеченности дерматовенерологами городского и сельского населения (на 10 000 населения)			Ec_3 = число врачей, обслуживающих территорию х 10 000/ численность населения территории, обслуживаемой КВУ	Значение показателя, равное или выше 0,75, принимается за 1,0; значения ниже 0,75 соответствуют 0,5
4	Экономическая	Доля врачей, у которых давность прохождения циклов повышения квалификации не более 5 лет			Ec_4 = число врачей, у которых давность прохождения циклов повышения квалификации не более 5 лет/ всего врачей	Показатель должен стремиться к 1,0
5	Экономическая	Укомплектованность КВУ врачами лаборантами			Ec_5 = всего врачей-лаборантов/число врачей-лаборантов согласно штатному расписанию	Показатель должен стремиться к 1,0
6	Экономическая	Укомплектованность КВУ средним медперсоналом			Ec_6 = всего среднего мед персонала/число среднего мед. персонала согласно штатному расписанию	Показатель должен стремиться к 1,0
7	Экономическая	Степень амортизации основных фондов (износ зданий и сооружений)			Ec_7 = 1,0 % амортизации за 1 год эксплуатации здания. Удовлетворительный процент амортизации до 45 % принимаем за единицу (1)	За 1 год эксплуатации зданий и сооружений 1 % амортизации. Значение показателя, равное или ниже 45 %, принимается за 1,0; значения выше 45 % соответствуют 0,5
8	Экономическая	Степень амортизации лабораторного оборудования			Ec_8 = 1,19 % амортизации за 1 календарный месяц при среднем сроке полезного использования 7 лет. Удовлетворительный процент амортизации до 40 % принимаем за единицу (1)	Значение показателя амортизации, равное или ниже 40 %, принимается за 1,0; значения выше 40 % соответствуют 0,5

Продолжение табл. 1.20

9	Экономическая	Доля лабораторий на территории, проводящих исследование на ИФА и РПГА (на сифилис)			Ec_9 = количество лабораторий на территории, проводящих исследование на ИФА и РПГА (на сифилис)/ всего лабораторий	Показатель должен стремиться к 1,0
10	Социальная	Показатель удовлетворенных судебных исков по вопросам оказания медицинской дерматовенерологической помощи			S_1 = (число больных за год – число судебных исков, решенных не в пользу врача)/ число больных за год	Показатель должен стремиться к 1,0
11	Медицинская	Доля отделений, работающих по утвержденным клиническим протоколам ведения больных			M_1 = число отделений, работающих по утвержденным клиническим протоколам ведения больных/ всего отделений	Показатель должен стремиться к 1,0
12	Медицинская	Охват беременных серологическим обследованием на сифилис			M_2 = число беременных, прошедших обследование на сифилис/всего беременных	Показатель должен стремиться к 1,0
13	Медицинская	Показатель числа серологических обследований (микрореакция с кардиолипиновым антигеном, ИФА, РПГА) на сифилис на 1000 населения			M_3 = число лиц, обследованных на сифилис *1000/численность населения	Значение показателя, равное или выше 900,0, принимается за 1,0; значения ниже 900,0 соответствуют 0,5
14	Медицинская	Показатель активно выявленных больных при всех видах профилактической работы			M_4 = число больных сифилисом, выявленных активно/всего больных сифилисом	Значение показателя, равное или выше 75,0, принимается за 1,0; значения ниже 75,0 соответствуют 0,5

15	Медицинская	Показатель числа обследованных контактов на одного больного сифилисом			M_5 = число обследованных контактов на одного больного сифилисом/всего больных сифилисом	Значение показателя, равное или выше 2,0, принимается за 1,0; значения ниже 2,0 соответствуют 0,5
16	Медицинская	Доля беременных, больных сифилисом с установленным источником заражения			M_6 = число беременных, больных сифилисом, с установленным источником заражения/всего беременных, больных сифилисом	Значение показателя, равное или выше 0,5, принимается за 1,0; значения ниже 0,5 соответствуют 0,5
17	Медицинская	Доля беременных, получивших адекватное и своевременное обследование на сифилис			M_7 = число беременных, получивших адекватное и своевременное обследование на сифилис/всего беременных, больных сифилисом	Показатель должен стремиться к 1,0
18	Медицинская	Доля беременных, больных сифилисом получивших своевременное лечение			M_8 = число беременных, больных сифилисом, получивших своевременное лечение/всего беременных, больных сифилисом	То же
19	Медицинская	Доля беременных, больных сифилисом, получивших адекватное лечение			M_9 = число беременных, больных сифилисом, получивших адекватное лечение/всего беременных, больных сифилисом	»
20	Медицинская	Доля детей, рожденных от серопозитивных женщин, обследованных в полном объеме			M_{10} = число детей, рожденных от серопозитивных женщин, обследованных в полном объеме/всего детей, рожденных от серопозитивных женщин	»

Окончание табл. 1.20

21	Социальная	Показатель удовлетворенности пациентов качеством оказываемой специализированной медицинской помощи			S_2 = число больных за год, удовлетворенных качеством медицинской помощи/число больных за год	Показатель должен стремиться к 1,0
22	Социальная	Показатель обоснованных жалоб на качество оказываемой медицинской помощи			S_3 = (число больных за год – число обоснованных жалоб на качество медицинской помощи)/число больных за год	То же
23	Социальная	Показатель удовлетворенности медицинских работников своей профессиональной деятельностью			S_4 = всего врачей, удовлетворенных своей проф. деятельностью/ Всего врачей	»

Примечание. Показатели с буквой *M* относятся к медицинским ИК; показатели с буквой *S* – к социальным; показатели с буквой *Ec* – к экономическим.

Таким образом, данная организационная технология позволяет с высокой точностью оценивать качество оказываемых медицинских услуг КВУ, $ИП_{КВУ}$ в идеале должен стремиться к 8.

В качестве примера приводим разработанные и внедренные в работу ФГУ «УрНИИДВиИ Росмедтехнологий» Карту экспертной оценки качества медицинской помощи в стационаре, форму «Журнал реэкспертной оценки качества медицинской помощи в стационаре» и ИК (медицинской, социальной и экономической результативности) специализированной помощи в стационаре.

Карта экспертной оценки качества медицинской помощи в стационаре заполняется на каждый случай заведующим отделением. При выборочном контроле на втором этапе экспертизы, проводимой заведующей клиникой или назначенным реэкспертом, результаты фиксируются в Журнале реэкспертной оценки качества медицинской помощи в стационаре, в котором оцениваются расхождения с данными первичной экспертизы.

По результатам этих этапов экспертизы качества проводится ежеквартальный анализ работы стационара, выявляются лечебно-диагностические ошибки, анализируются их причины, оценивается качество оказания медицинской помощи пациентам, ведение первичной медицинской документации, профессиональный уровень врачей и научных сотрудников.

Карта экспертной оценки качества медицинской помощи в стационаре КВУ

Ф.И.О. больного ____

Категория пациента НИР Клиника ВМП ДМС
№ истории болезни _______________
Отделение ____
Дата госпитализации ______________
Дата выписки ____________________
Лечащий врач ____
Основной диагноз ____
Сопутствующий диагноз ____

Обследование (О)				
дефектов в назначении и проведении обследования нет	0	1	2	3
обследован не полностью по основному заболеванию		1	2	3
обследование затянуто без объективных причин		1	2	3
не обследованы сопутствующие заболевания		1	2	3
необоснованное дублирование обследований		1	2	3
прочее		1	2	3
Диагноз (Д)				
поставлен своевременно, обоснованно	0	1	2	3
несвоевременно		1	2	3
необоснованно		1	2	
ошибочно		1	2	3
Лечение (Л)				
дефектов в назначении и проведении лечения не было	0			
недостаточное лечение основного заболевания		1	2	3
недостаточное лечение сопутствующей патологии		1	2	3

Качество ведения истории болезни (КИБ)				
надлежащее	0			
имеются дефекты		1	2	3
неудовлетворительное		1	2	3
Сроки госпитализации (СГ)				
соответствуют стандарту	0			
оправданно занижены или завышены	0			
неоправданно занижены или завышены		1	2	3
Адекватность оценки этапности и исходов госпитализации (АИ)				
соответствует критериям этапности и исхода	0	1	2	3
не соответствует критериям этапности и исхода		1	2	3
Итого баллов				

Дата Подпись эксперта

Форма журнала реэкспертной оценки качества медицинской помощи в стационаре КВУ

<table>
<tr><th>№ п/п</th><th>Дата экспертизы</th><th>Ф. И. О больного</th><th>№ истории болезни</th><th>Лечащий врач</th><th>Срок госпитализации (к/дни)</th><th>О</th><th>Д</th><th>Л</th><th>КИБ</th><th>СГ</th><th>АН</th><th>Итого</th><th>Расшифровка выявленных дефектов</th></tr>
<tr><td rowspan="4">1</td><td rowspan="2"></td><td rowspan="4"></td><td rowspan="4"></td><td rowspan="4"></td><td rowspan="4"></td><td colspan="6">Данные первичной экспертизы</td><td colspan="2" rowspan="4"></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="2"></td><td colspan="6">Данные реэкспертизы</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="4">2</td><td rowspan="2"></td><td rowspan="4"></td><td rowspan="4"></td><td rowspan="4"></td><td rowspan="4"></td><td colspan="6">Данные первичной экспертизы</td><td colspan="2" rowspan="4"></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="2"></td><td colspan="6">Данные реэкспертизы</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="4">3</td><td rowspan="2"></td><td rowspan="4"></td><td rowspan="4"></td><td rowspan="4"></td><td rowspan="4"></td><td colspan="6">Данные первичной экспертизы</td><td colspan="2" rowspan="4"></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="2"></td><td colspan="6">Данные реэкспертизы</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
</table>

МЕДИЦИНСКИЕ ИНДИКАТОРЫ КАЧЕСТВА

1. Базовые индикаторы качества

1.1. Показатель результативности лечения – медицинской эффективности (рассчитывается по отделению (филиалу), по КВУ в целом, по числу законченных случаев)

$$ИК_{МЭ} = \frac{\text{Число законченных случаев с экспертной оценкой конечных результатов, соответствующих стандартам учреждения}}{\text{Общее число законченных случаев с экспертной оценкой}} \times 100\ \%.$$

а) Нарушение прав пациентов со снижением объемов государственных гарантий медицинской помощи:

– несвоевременное и (или) недостаточно интенсивное обследование;

– ошибки в диагнозе;

– несвоевременность и (или) неадекватность терапии;

– осложнения в процессе лечения.

б) Обоснованное по медицинским показаниям (клинико-экспертная комиссия).

1.2. Показатель обоснованности госпитализаций (рассчитывается по отделению (филиалу) в целом; за месяц, квартал и год)

$$ИК_{ОГ} = \frac{\text{Число госпитализаций, предусмотренных в стандартах учреждения (должное)}}{\text{Общее число госпитализаций (фактическое)}} \times 100\ \%.$$

$ИК_{ОГ} > 100\ \%$

Необоснованное увеличение ресурсоемкости (нецелевая экономическая нагрузка на КВУ):

– ошибки в диагнозе;

– низкая медицинская эффективность амбулаторного этапа медицинской помощи.

$ИК_{ОГ} < 100\ \%$

Нарушение прав пациентов со снижением объемов государственных гарантий медицинской помощи.

1.3. Показатель отклонения длительности пребывания больного (ОДП) на койке (рассчитывается экспертом* для законченного случая по нозологиям и за год; по отделению, филиалу в целом)

$$ИК_{ОДП} = \frac{\text{Количество законченных случаев, соответствующих стандартам учреждения по длительности пребывания больного на койке}}{\text{Количество законченных случаев}} \times 100\ \%.$$

$ИК_{ОДП} < 100\ \%$

а) Обоснованное (быстрый регресс симптомов, в том числе из-за внедрения новых диагностических технологий).

б) Нарушение прав пациентов со снижением объемов государственных гарантий медицинской помощи, в том числе из-за дефицита финансирования, по техническим причинам (поломка оборудования, ремонт), недостатков ресурсного обеспечения и т. д.

в) Необоснованное уменьшение ресурсоемкости лечения (нецелевая экономическая нагрузка на КВУ:

– несвоевременное и (или) недостаточно интенсивное обследование;

– ошибки в диагнозе;

– несвоевременность и (или) неадекватность терапии;

– осложнения в процессе лечения.

2. Вспомогательные индикаторы качества

2.1. Показатель своевременности обследования (рассчитывается экспертом для законченного случая и за год; по отделению, филиалу в целом)

$$ИК_{СО} = \frac{\text{Число законченных случаев со своевременно проведенным объемом обследования, соответствующим стандартам учреждения}}{\text{Число законченных случаев}} \times 100\ \%.$$

$ИК_{СО} < 100\ \%$

Нарушение прав пациентов со снижением объемов государственных гарантий медицинской помощи.

---

* В пп. 2.1–2.3 показатели рассчитываются экспертами: внешний эксперт, главный врач, зав. отделением).

2.2. Показатель интенсивности обследования (рассчитывается экспертом для законченного случая и за год; по отделению, филиалу в целом).

$$ИК_{ИО} = \frac{\text{Число законченных случаев с проведенным объемом и кратностью обследования, соответствующим учрежденческим стандартам}}{\text{Число законченных случаев}} \times 100\ \%.$$

$ИК_{ИО} < 100\ \%$

а) Необоснованное уменьшение объема обследования – нарушение прав пациентов (государственных гарантий медицинской помощи):

– халатность, низкий профессионализм врача;

– недостаток времени (норма нагрузки врача не позволяет реализовать знания);

– недостаточная обеспеченность диагностическим оборудованием, тест-системами и расходными материалами (недостаточное финансирование, недоработка администрации);

б) необоснованное увеличение ресурсоемкости обследования, т. е. экономической нагрузки КВУ;

в) обоснованное по медицинским показаниям (комиссия при КВУ).

2.3. Показатель адекватности терапии (рассчитывается экспертом для законченного случая и за год; по отделению, филиалу в целом).

$$ИК_{АТ} = \frac{\text{Число больных, достигших клинических критериев конечного результата}}{\text{Общее число больных}} \times 100\ \%.$$

а) Нарушение прав пациентов со снижением объемов государственных гарантий медицинской помощи:

– халатность, низкий профессионализм врача;

– ошибки в диагнозе;

– несвоевременность и (или) неадекватность терапии;

– осложнения в процессе лечения.

ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ИНДИКАТОРЫ КАЧЕСТВА

1. Базовые индикаторы качества

1.1. Показатель ресурсоемкости лечения – экономической эффективности (рассчитывается для каждой нозологии по отделению (поликлиническому и госпитальному) в целом; за месяц, квартал и год)

$$ИК_{ЭЭ} = \frac{\text{Фактические затраты на один случай госпитализации *}}{\text{Расчетная стоимость одного случая госпитализации в полном соответствии со стандартом учреждения}} \times 100\ \%.$$

$ИК_{ЭЭ} > 100\ \%$

а) Необоснованное увеличение экономической нагрузки КВУ.

б) Объективная необходимость по медицинским показаниям.

$ИК_{ЭЭ} < 100\ \%$

а) Нарушение прав пациентов со снижением объемов государственных гарантий медицинской помощи:

– объективные недостатки ресурсного обеспечения (кадры, материальная база, финансирование).

б) Обоснованное – по медицинским показаниям.

2. Вспомогательные индикаторы качества

2.1. Соотношение соответствия заработной платы врачей средней заработной плате по субъекту Федерации (рассчитывается отдельно для среднего персонала и врачей)

$$ИК_{СЗП} = \frac{\text{Фактическая заработная плата_врачей КВУ}}{\text{Средняя заработная плата по субъекту Федерации}} \times 100\ \%.$$

$ИКС_{ЗП} < 100\ \%$

Низкая мотивация к работе и профессиональному росту.

---

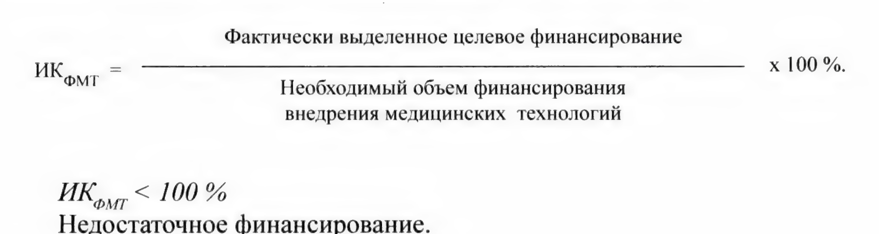
* Произведение стоимости одного койкодня и количества койкодней по нозологиям + стоимость оказанных медицинских услуг.

2.2. Удельный вес соответствия заработной платы врачей прожиточному уровню в субъекте Федерации (рассчитывается отдельно для среднего персонала и врачей)

$$ИК_{СПМ} = \frac{\text{Фактическая заработная плата}}{\text{Прожиточный уровень по РФ}} \times 100\ \%.$$

$ИК_{СПМ} < 100\ \%$
Низкая мотивация к работе и профессиональному росту.

2.3. Удельный вес финансирования внедрения медицинских технологий (утвержденных Росздравнадзором)



$$ИК_{ФМТ} = \frac{\text{Фактически выделенное целевое финансирование}}{\text{Необходимый объем финансирования внедрения медицинских технологий}} \times 100\ \%.$$

$ИК_{ФМТ} < 100\ \%$
Недостаточное финансирование.

СОЦИАЛЬНЫЕ ИНДИКАТОРЫ КАЧЕСТВА

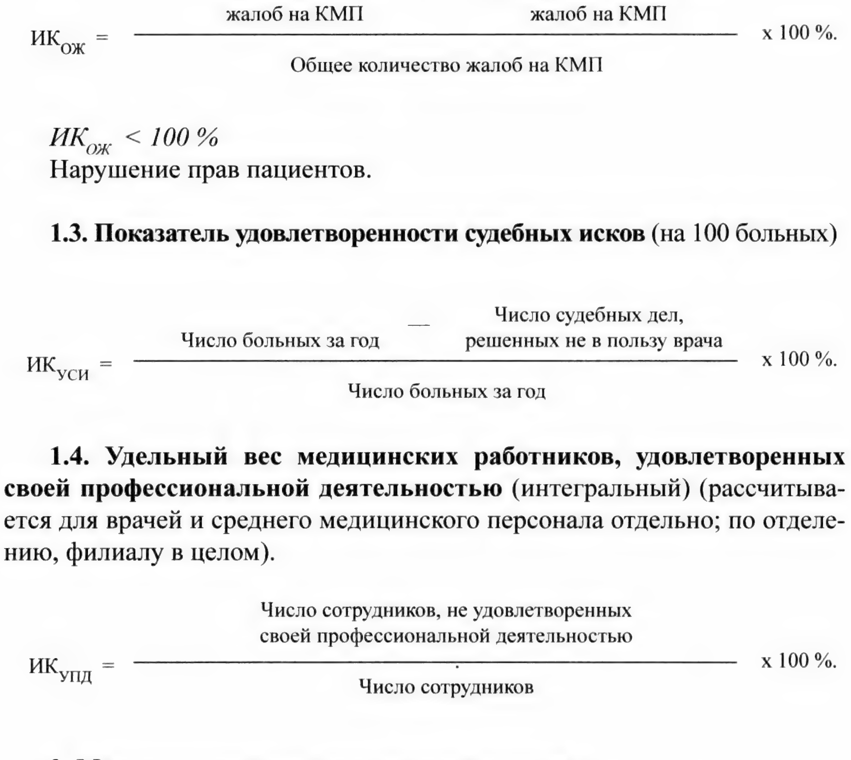
1. Микросоциальные индикаторы качества

1.1. Удельный вес пациентов, удовлетворенных качеством оказываемой специализированной медицинской помощи (интегральный) (рассчитывается для врача и отделения)

$$ИКУ_{КМП} = \frac{\text{Число пациентов удовлетворенных качеством мед. помощи}}{\text{Общее число пациентов}} \times 100\ \%.$$

$ИК_{УКМП} < 100\ \%$
Нарушение прав пациентов.

1.2. Удельный вес отсутствия обоснованных жалоб на качество оказываемой медицинской помощи



$$ИК_{ОЖ} = \frac{\text{Общее количество жалоб на КМП} - \text{Количество обоснованных жалоб на КМП}}{\text{Общее количество жалоб на КМП}} \times 100\ \%.$$

$ИК_{ОЖ} < 100\ \%$

Нарушение прав пациентов.

1.3. Показатель удовлетворенности судебных исков (на 100 больных)

$$ИК_{УСИ} = \frac{\text{Число больных за год} - \text{Число судебных дел, решенных не в пользу врача}}{\text{Число больных за год}} \times 100\ \%.$$

1.4. Удельный вес медицинских работников, удовлетворенных своей профессиональной деятельностью (интегральный) (рассчитывается для врачей и среднего медицинского персонала отдельно; по отделению, филиалу в целом).

$$ИК_{УПД} = \frac{\text{Число сотрудников, не удовлетворенных своей профессиональной деятельностью}}{\text{Число сотрудников}} \times 100\ \%.$$

2. Макросоциальные индикаторы качества

2.1. Показатель стойкой утраты трудоспособности на 1000 населения (рассчитывается по нозологии за год; по филиалу, КВУ в целом)

$$ИК_{СУТ} = \frac{\text{Число больных, получивших инвалидность}}{\text{Численность населения трудоспособного возраста}} \times 100\ \%.$$

Исследование показателя в динамике, а также соотношение со среднеобластными и среднероссийскими значениями.

Таблица 1.21

Технологические индикаторы качества специализированной медицинской помощи, оказываемой больным атопическим дерматитом

Индикатор качества	Оптимальное значение (уровни)	Расчет индикатора качества
Удельный вес пациентов с гистологически верифицированным диагнозом (для отдельных нозологий)	ИК = 100 % – оптимальный, ИК < 100 % – неудовлетворительный	$ИК = \frac{\text{Число больных с верифицированным диагнозом}}{\text{Число больных с данной нозологией}} \text{ x } 100\ \%$
Удельный вес пациентов с отсутствием осложнений от назначения системных глюкокортикостероидных препаратов	100 %	$ИК = \frac{\left(\text{Число больных с данной нозологией} \quad \text{Число больных с развившимися осложнениями от назначения ГКСП}\right)}{\text{Число больных с данной нозологией}}\ \%$
Удельный вес больных дерматозами с отсутствием присоединения вторичной инфекции во время пребывания в стационаре	100 %	$ИК = \frac{\left(\text{Общее число больных дерматозами} \quad \text{Число больных дерматозами, с вновь развившейся вторичной инфекцией}\right)}{\text{Общее число больных дерматозами}}\ \%$

Таким образом, система внутриучрежденческого контроля качества медицинской помощи (экспертная работа, индикаторы качества оказания медицинской помощи) позволяют администрации КВУ выявлять дефекты, врачебные ошибки и другие факторы, оказавшие негативное действие и повлекшие за собой снижение качества и эффективности медицинской помощи; разрабатывать рекомендации, направленные на предупреждение врачебных ошибок и дефектов в работе; выбирать наиболее рациональные управленческие решения, проводить оперативные корригирующие воздействия и контролировать реализацию управленческих решений.

Совершенствование управления в здравоохранении в целом и в конкретном КВУ является важнейшим фактором улучшения качества и доступности специализированной медицинской помощи, рационального использования финансовых, материальных, человеческих ресурсов. Со стороны руководителя любого уровня, работающего в здравоохранении, существует лишь минимальный управленческий контроль над работающими при большой степени ответственности за результаты и расходы. В этой связи приоритетной задачей главных врачей и их заместителей является не только организация лечебно-диагностического процесса в строгом соответствии со стандартами и медицинскими технологиями, лицензионными требованиями и условиями, но и внедрение эффективного комплекса по контролю и управлению качеством специализированной медицинской помощи. Последний включает, в рамках ответственного и постоянного мониторирования, выявление дефектов медицинской помощи на всех этапах ее оказания; расчет и анализ показателей, характеризующих качество медицинской помощи; экспертизу процесса оказания медицинской помощи конкретным пациентам; учет и анализ побочных эффектов от применения лекарственных средств и медицинских технологий (ятрогенные осложнения); изучение удовлетворенности пациентов; разработку рекомендаций по устранению выявленных в процессе экспертизы отклонений; контроль за реализацией управленческих решений.

ГЛАВА 2. РЕСУРСНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ: ПРАКТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ ПЛАНИРОВАНИЯ И КОНТРОЛЯ *

Предвидеть – значит управлять.
Блез Паскаль

2.1. СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ РЕСУРСНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ (ЕГО АНАЛИЗА И ПЛАНИРОВАНИЯ) В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ И ЗА РУБЕЖОМ

Здравоохранение, как и любая другая отрасль, не может существовать без необходимых ресурсов. Однако здесь проблема ресурсного обеспечения имеет ряд особенностей, связанных как со спецификой здравоохранения, так и с движением финансовых потоков в регионе, в котором находится ЛПУ.

Существующие в настоящее время объемы ресурсного обеспечения медицинских услуг (материально-технического, кадрового и финансового) в рамках государственных гарантий не соответствуют возрастающему значению здравоохранения как формы социальной защиты населения. На фоне сохраняющегося дефицита финансирования здравоохранения ограничиваются возможности внедрения новых организационных и лечебно-диагностических технологий, снижается качество медицинской помощи в целом. Ключевым и до сих пор не решенным вопросом здравоохранения остается адекватное обеспечение медицинской помощью и распределение ресурсов (Авксентьева М. В., 2007). Необходимость объективной оценки использования ресурсной базы, кадрового и материально-технического обеспечения дерматовенерологических учреждений, объема их консолидированного финансирования требует разработки новых механизмов планирования и управления ресурсами, обеспечивающих конкурентоспособность государственных КВУ и повышение качества специализированной медицинской помощи (Кудрин В. С., 2003; Кузнецов П. П., 2002, 2003; Кунгуров Н. В., Игликов В. А., 2005; Габуева Л. А., 2006).

Министерством здравоохранения и социального развития РФ в каче-

* Авторы главы: д-р мед. наук, проф. Н. В. Кунгуров, канд. мед. наук Н. В. Зильберберг, М. Л. Масленников, д-р мед. наук, проф. М. М. Кохан, д-р мед. наук В. А. Игликов, канд. мед. наук А. В. Серебренников.

стве одной из приоритетных задач на период до 2008 г. обозначено повышение результативности бюджетных расходов на оказание качественной и доступной медицинской помощи. Определяющими, являются не только создание стандартов медицинской помощи и разработка методики расчета стоимости простых, сложных и комплексных медицинских услуг, но и совершенствование системы финансового контроля.

В докладе о результатах и основных направлениях деятельности Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации как субъекта бюджетного планирования на 2008 и на период до 2010 г. среди задач, направленных на повышение эффективности функционирования системы здравоохранения, на первом месте стоят:

– дальнейшее развитие персонифицированного учета медицинской помощи населению РФ, включая стационарное звено;

– перевод учреждений здравоохранения, оказывающих амбулаторно-поликлиническую и стационарную помощь, на оказание медицинской помощи по конечному результату с учетом критериев качества и повышения уровня оплаты труда;

– внедрение стандартов оказания медицинской помощи и унифицированных методов финансирования медицинской помощи на основе нормативов финансовых затрат, рассчитанных в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи.

Существующие ранее инструкции и методики по расчету стоимости медицинских услуг носили рекомендательный и временный характер и основывались на фактических расходах учреждения без учета расходов будущего периода. Как правило, методики основывались либо на фактической численности медицинского персонала (занятые и вакантные должности), либо на нормативной для данного типа лечебного учреждения численности без учета существующих или планируемых объемов работ. Первая методика расчета стоимости и тарифа на оказание медицинской помощи, использующая численность медицинского персонала, действительно необходимую на тот или иной объем работы с учетом затрат труда по действующим на тот момент нормативным документам, была разработана в НИИ социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением им. Н. А. Семашко (Шипова В. П., 1994). Другой особенностью данной методики было определение степени дифференциации минимальной расчетной единицы оказанной медицинской помощи: для амбулаторно-поликлинической помощи – посещение, дифференцированное по видам (лечебно-диагностическое в территориальной поликлинике, консультативное, профилактический осмотр, визит врача на дом); для больничной помощи – койкодень; для вспомогательной лечебно-диагностической службы – отдельная процедура, исследование.

В 1995 г. в различных субъектах Российской Федерации на уровне департаментов здравоохранения были утверждены и внедрены в работу специализированных лечебно-профилактических учреждений временные базовые тарифы медико-экономических стандартов оказания медицинской помощи, учитывающие в своей структуре финансовые расходы на выполнение медико-экономических стандартов лечения больных различными нозологиями и заработную плату всего медицинского персонала (врачей, среднего и младшего медицинского персонала), расходы на лечение выявленной сопутствующей патологии без учета ее нозологической структуры. С 1995 г. стоимость стандартов оказания специализированной медицинской помощи и отдельных медицинских услуг не пересматривалась, лишь при использовании на практике в отдельных лечебных учреждениях в связи с высоким уровнем инфляции вводился приблизительный поправочный коэффициент. Но при всей привлекательной простоте данного метода индексация разрушает структуру цены, так как разные ресурсы, затраты на которые и составляют цену той или иной услуги, дорожают по-разному. А значит, полученная путем индексации цена не позволяет обеспечить адекватное восстановление затрат (Зырянов А. В., Колосова А. Ю., Самкова Н. П., 1995). Все перечисленные методики более дробную дифференциацию минимальной расчетной единицы не предусматривали, и поэтому оценка стоимости отдельных услуг (простых и сложных), входящих в технологию лечебно-диагностического процесса, не производилась.

Особенностью бюджетного финансирования (бюджетных оценок) является то, что их состав и уровень полностью зависят не от реальных издержек медицинского учреждения, определяемых стоимостью ресурсов, используемых при выполнении медицинских работ, а от бюджетной классификации расходов ЛПУ и действующего государственного финансирования их деятельности. В связи с этим в условиях развивавшихся на тот момент новых экономических отношений в здравоохранении появился первый опыт ценообразования на рынке медицинских услуг, учитывающий себестоимость медицинской услуги, которая складывается из следующих экономических элементов: расходы на заработную плату, начисления на заработную плату, прямые материальные затраты, накладные расходы. Определение себестоимости медицинских услуг (через калькулирование всех расходов не ее оказание) является самым сложным, трудозатратным разделом в планово-экономической работе (Зырянов А. В. и соавт., 1997). Авторы отмечают, что затратный принцип формирования статей расходов при ценобюджетном финансировании ведет к значительному снижению показателей, которые в сегодняшних условиях не обеспечивают привлечения и удержания в отрасли количества ресурсов, необходимо-

го для поддержания медицинского обслуживания населения на прежнем уровне. Как результат – наблюдаемый сегодня отток медицинских кадров из государственных медицинских учреждений, неудовлетворительное лекарственное обеспечение, недостаточное качество питания в стационарах, устаревание материально-технической базы медицинских учреждений. И прямым следствием этого является рост неудовлетворенности населения от контакта с медицинской средой.

С 1999 г. действует и используется в практическом здравоохранении Инструкция по расчету стоимости медицинских услуг, утвержденная министром здравоохранения Российской Федерации Ю. Л. Шевченко (10.11.1999 г. № 01-23/4-10) и президентом РАМН В. И. Покровским (10.11.1999 г. № 01-02/41), которая определяет единый методический подход к расчету стоимости медицинских услуг независимо от источника финансирования.

Но вместе с тем в изучаемой литературе нам не встретились работы, посвященные новым методам планирования ресурсного обеспечения (бюджетного финансирования) с учетом расчетной стоимости всех простых и сложных медицинских услуг, входящих в состав стандартов оказания медицинской помощи реальному числу больных определенными нозологиями, находящихся на стационарном этапе лечения.

Многие исследователи и организаторы здравоохранения при анализе сложившейся в Российской Федерации ситуации отмечают на сегодняшний день низкую эффективность использования ресурсов при оказании медицинской помощи. Совершенствование управления материально-техническими ресурсами здравоохранения в последние годы в России становится одним из приоритетных направлений. Эффективность использования ресурсов здравоохранения зависит от системного подхода, комплексного научного обоснования ситуации, применения методов стратегического планирования (Путин М. Е., 2002; Стародубов В. И., Тихомиров А. В., 2003; Флек В. О. и соавт., 2005).

При этом огромное значение имеет принцип планирования потребностей финансирования учреждений здравоохранения с учетом необходимости использования современных методов диагностики, лечения и профилактики. Существующая в настоящее время информация, серьезные экономико-статистические расчеты, направленные на достижение баланса между объемами медицинской помощи и выделяемыми финансовыми ресурсами, требуют автоматизации процесса учета, сбора, обработки и анализа данных. Совершенствованию элементов технологии комплексного анализа деятельности ЛПУ различного профиля и их ресурсного обеспечения посвящены работы К. В. Шипачева и соавт. (2002), Т. И. Швец и соавт. (2004), В. А. Гебеля (2003, 2006), Н. В. Кунгурова (2006), Л. Ф. Молчановой и соавт. (2006).

Планирование материально-технического и финансового обеспечения является первым и основополагающим этапом в управлении ресурсами учреждений здравоохранения. Наиболее важными элементами системы управления финансами учреждений здравоохранения являются разработка и внедрение системы финансирования учреждений по методологии БОР (бюджетирование, ориентированное на результат), а также разработка системы стимулирования руководителей учреждений здравоохранения и структурных подразделений учреждения за эффективное использование финансовых ресурсов.

В настоящее время можно констатировать, что система стандартизации в здравоохранении стала базовым элементом обеспечения качества медицинской помощи населению. Процесс стандартизации медицинских услуг способствует решению проблемы системного подхода к задачам контроля и управления качеством медицинской помощи. Только системный подход, основанный на стандартизации, обеспечивает реализацию законодательства России в области охраны здоровья граждан, создает условия для реального механизма управления качеством медицинской помощи, в том числе специализированной (Воробьев П. А. и соавт., 2007).

Являясь добровольными, национальные стандарты вместе с тем предлагают оптимальные пути реализации обязательных требований технического регламента, они позволяют производителю чувствовать себя комфортно и быть уверенным в их соблюдении (Лукьянцева Д. В., 2007). Отступив от стандарта, производителю необходимо самостоятельно доказывать соответствие своей продукции требованиям технического регламента (Элькин Г. И., 2005).

То же применимо и к медицине: стандарты, будучи изложением алгоритма (технологии) медицинского вмешательства, могут заменить экспертные заключения, поскольку содержат типовые (обычные) требования не только к последовательности действий медицинского персонала, но и к эффективности и безопасности вмешательства. Действуя по стандарту, врач защищен от ответственности. Каким бы ни был итог лечения, если врач действовал по закону или научно обоснованно – он уже невиновен. В случае отступления от технологии и наступления неблагоприятного исхода лечения врач обязан в суде объяснить мотивы своих действий (Саверский А. В., Сергеева Е. О., 2005).

Что касается зарубежного опыта по данной проблеме, то в этой связи следует отметить работы K. Hanson, L. Gilson (1996), которые проводили анализ адекватности деятельности персонала на основании минимального стандарта для любого учреждения и нагрузки медицинского персонала, что использовалось для оценки суммарной потребности в ресурсах и слу-

жило основанием для принятия решения об их распределении. По мнению других исследователей, в частности A. Donabedian (1990), отношения между затратами и качеством могут быть более динамичными и зависеть как от затрат, так и от качества. А именно, важны два фактора: наличие ресурсов или их недостаток и стратегии предоставления медицинской помощи, пути использования ресурсов для обеспечения медицинской помощи.

В зарубежной литературе подчеркивается необходимость изучения спектра, объема, качества, эффективности и доступности оказанных медицинских услуг и их связи с планируемым финансированием медицинских учреждений (Lindelow M., Wagstaff A., 2003). Оценка изменений на основании анализа системы оказания медицинских услуг важна при принятии управленческих решений. Определению стоимости медицинских услуг посвящены работы M. A. Lewis (1996), M. Lindelow, A. Wagstaff (2003), в которых сделаны выводы о многообразии и неоднородности медицинских услуг, необходимости их систематизации и учета, проведена оценка временных затрат врачей и медицинского персонала с целью комплексного анализа затрат и соотношения между количеством затраченных ресурсов и количеством оказанных медицинских услуг.

Для разработки мер по снижению издержек при производстве медицинских услуг необходимо определение объемов ресурсного обеспечения отдельных видов медицинской помощи (Dor, 1994; Bitran-Dicowsky, Dunlop, 1993; Anderson, 1980; Barnum, Kutzin, 1993; Wagstaff, Barnum, 1989). Авторы выделяют основные виды издержек производителей медицинских услуг: 1) расходы на оплату труда медперсонала; 2) расходы на медикаменты, расходные материалы и сопутствующие товары; 3) административные и накладные расходы; 4) медицинское оборудование; 5) затраты на содержание зданий и прочих объектов инфраструктуры. Кроме того, существуют расходы, не наблюдаемые на уровне медицинского учреждения (тренинги, контроль, расходы государственных органов управления здравоохранением).

Помимо государственного регулирования на качество медицинской помощи влияют внутренняя организационная структура медицинского учреждения, система контроля качества и учета расходуемых средств (Price J. L. et all., 1986; Over M., Watanabe N., 2000; Somanathan A. et all., 2000).

В Российской Федерации вопросы эффективного использования финансовых ресурсов в организациях, финансируемых за счет бюджета, нашли отражение в постановлении Правительства РФ от 22.05.2004 г. № 249 «О мерах по повышению результативности бюджетных расходов». Постановление утвердило концепцию и план мероприятий по реформиро-

ванию бюджетного процесса в Российской Федерации в 2004–2006 гг. Но в области здравоохранения к настоящему времени эта концепция реализована только в виде принятия и введения с 01.01.2005 г. новой бюджетной классификации Минфина России от 26.08.2004 г. № 70н «Инструкция по бюджетному учету». Практическая востребованность и недостаточная разработанность инструментария и практики инновационного управления ресурсами здравоохранения обусловливает необходимость дальнейших исследований в данной области (Артамонова Г. В., 2002; Духанина И. В., 2005; Духанина И. В. и соавт., 2006; Кораблев В. Н., 2006; Шамшурина Н. Г., 2006).

В связи с этим методология планирования материально-технического и финансового обеспечения деятельности ЛПУ должна учитывать возможность полного возмещения затрат на выполнение стандартов оказания медицинской помощи. Совершенствованию принципов и методов планирования финансового обеспечения стационарных отделений КВУ посвящена данная глава.

2.2. ЕДИНАЯ ИНФОРМАЦИОННАЯ СИСТЕМА УПРАВЛЕНЧЕСКОГО УЧЕТА В КВУ КАК ИНСТРУМЕНТ ДЛЯ НАУЧНОГО ОБОСНОВАНИЯ РАСХОДОВ НА ВЫПОЛНЕНИЕ СТАНДАРТОВ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ С УЧЕТОМ РЕЗУЛЬТАТОВ СПЛОШНОГО КАЛЬКУЛИРОВАНИЯ ОКАЗАННЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

2.2.1. Система учета медицинских услуг в стационаре дерматовенерологического профиля

Технология комплексного анализа деятельности КВУ и их ресурсного обеспечения необходима для решения задач повышения медицинской, социальной и экономической эффективности службы, повышения степени контроля и управления качеством специализированной медицинской помощи. Многообразие существующей в настоящее время информации, серьезные экономико-статистические расчеты, направленные на достижение баланса между объемами медицинской помощи и выделяемыми финансовыми ресурсами, требуют автоматизации процесса учета, сбора и обработки данных.

2.2.2. Номенклатура медицинских услуг

В Уральском институте дерматовенерологии и иммунопатологии на первом этапе работы в данном направлении на основании Номенклатуры работ и услуг в здравоохранении, утвержденной заместителем министра здравоохранения и социального развития России 12.07.2004 г., клинико-экспертной комиссией института была разработана, утверждена приказом директора и внедрена в работу клиники Номенклатура медицинских услуг, оказываемых в ФГУ «УрНИИДВиИ Росмедтехнологий».

Номенклатура работ и услуг в здравоохранении состоит из шести основных разделов. Раздел А – «Простые медицинские услуги» – представляет собой построенный по иерархической системе классификации систематизированный свод кодов и наименований простых медицинских услуг, применяемых при оказании медицинской помощи, а именно тип услуги, класс услуги и вид услуги. Раздел В – «Сложные и комплексные медицинские услуги» – это построенный по иерархической системе классификации систематизированный свод кодов и наименований сложных и комплексных медицинских услуг, применяемых при оказании медицинской помощи. Номенклатура также содержит раздел С – «Сложные и комплексные услуги», раздел D – «Манипуляции, исследования, процедуры и работы в здравоохранении», раздел F – «Услуги медицинского сервиса», приложение – Реестр работ и услуг с указанием условных единиц трудозатрат, который представляет собой перечень простых и сложных медицинских услуг из разделов А и В, расположенных в алфавитном порядке с указанием для каждой услуги расчетных норм – условных единиц трудозатрат. Условные единицы трудозатрат приводятся отдельно для врачебных кадров и среднего медицинского персонала. За 1 условную единицу трудозатрат (УЕТ) принимается 10 мин рабочего времени.

Внутриучрежденческий документ ФГУ«УрНИИДВиИ Росмедтехнологий», созданный на базе федерального, обеспечивает в настоящее время работу в едином информационном пространстве и на общепринятой нормативной базе, отражающей перечень работ и услуг в здравоохранении на всей территории Российской Федерации, входящих в стандарты оказания специализированной медицинской помощи населению; протоколы ведения больных, являющихся неотъемлемой частью новых методик выполнения сложных и комплексных медицинских услуг и отвечающих современным лицензионным требованиям и условиям, табелю оснащения специализированных медицинских учреждений. При формировании состава конкретных сложных или комплексных медицинских услуг воз-

можны варианты включения в перечень не только простых, но и сложных медицинских услуг.

Внутриучрежденческая Номенклатура медицинских услуг, оказываемых в ФГУ «УрНИИДВиИ Росмедтехнологий» прежде всего отражает лечебно-диагностические возможности лечебного учреждения и уровень доступности специализированной дерматовенерологической помощи, содержит все услуги, доступные к реализации в институте и представлена следующими разделами:

1. Консультации, приемы, посещения в рамках курса лечения, постконсультативные посещения.

2. Манипуляции врачебные и медсестринские (простые и сложные услуги).

3. Физиотерапевтические методы (простые услуги).

4. Ультразвуковые исследования (простые и сложные услуги).

5. Лабораторные исследования:

– биохимические исследования (простые и сложные услуги);

– иммунологические исследования (простые и сложные услуги);

– исследования клинической лаборатории (простые и сложные услуги);

– культуральные исследования – исследования на хламидии методом культуральной диагностики на клетках McCoy (простые и сложные услуги);

– микробиологические исследования (простые и сложные услуги);

– ПЦР диагностика (простые и сложные услуги);

– серологические исследования (простые и сложные услуги).

Все разделы прошли экспертную оценку в подразделениях института, непосредственно производящих медицинские лечебно-диагностические услуги, утверждение на клинико-экспертной комиссии института в составе Номенклатуры. Таким образом, Номенклатура медицинских услуг, оказываемых в ФГУ «УрНИИДВиИ Росмедтехнологий», представляет собой открытую систему, элементы которой поддаются корректировке и дополнению, что особенно важно в условиях быстро развивающихся медицинских технологий, методов диагностики и лечения. В созданной электронной версии Номенклатуры есть возможность введения новых разделов, простых медицинских услуг, входящих в состав новых современных методик исследований и лечения, через их утверждение клинико-экспертной комиссией, введение приказом руководителя лечебного учреждения в состав Номенклатуры и последующий учет новых услуг по вновь присво-

енным кодам. С использованием системы кодирования простых и сложных медицинских услуг, входящих в Номенклатуру медицинских услуг, оказываемых в ФГУ «УрНИИДВиИ Росмедтехнологий», разрабатывались внутриучрежденческие стандарты оказания медицинской помощи больным дерматозами.

2.2.3. Компьютерная система персонифицированного учета медицинских услуг и лекарственных средств

Одним из эффективных инструментов учета в системе управления ресурсным обеспечением ЛПУ, а также контроля качества медицинской помощи является использование современных информационно-аналитических технологий на постоянной основе. В связи с этим в Уральском НИИ дерматовенерологии и иммунопатологии была разработана и внедрена программа персонифицированного учета медицинских услуг и лекарственных средств, позволяющая проводить мониторинг и анализ спектра и объема лечебно-диагностических услуг, схем терапии (на госпитальном этапе лечения) и на основании этого формировать оценку расходов на лечение одного пациента.

Программа учета медицинских услуг и лекарственных средств обеспечивает функционирование системы классификаций (клинической и в соответствии с МКБ X), содержит указание цифровых кодов услуг, оказываемых в учреждении (в соответствии с разделами Номенклатуры); позволяет формировать единый подход к созданию прейскурантов медицинских услуг в системе обязательного и добровольного медицинского страхования. Номенклатура услуг обеспечивает единую систему оценки экономических характеристик медицинских действий, способствует обеспечению взаимодействия между отдельными подразделениями ЛПУ, а также с другими ЛПУ, участвующими в процессе оказания медицинской помощи.

Созданная в ФГУ «УрНИИДВиИ Росмедтехнологий» программа персонифицированного учета лечебно-диагностических услуг инсталлирована в локальной сети учреждения и является одной из составляющих единой информационной системы. Информация в систему вводится путем копирования из первичной медицинской документации (в том числе из историй болезни, листов назначений, реестров врачебных и медсестринских манипуляций). Схема взаимодействия всех элементов единой информационной системы управленческого учета, позволяющей учитывать прямые материальные затраты на выполнение стандартов оказания специализированной медицинской помощи в условиях стационара, представлена на рис. 2.1.



Рис. 2.1. Схема учета (расчета) прямых материальных затрат на выполнение стандарта оказания специализированной медицинской помощи в условиях стационара

Для работы персонифицированной системы учета простых и сложных медицинских услуг и лекарственных средств, а также исполнителей медицинских услуг и их трудозатрат необходимо компьютерное обеспечение КВУ (IBM PC Pentium III и выше) и функционирование локальной компьютерной сети с расчетной скоростью работы 100 Mbit/sec (сервер базы данных). Количество автоматизированных рабочих мест не менее пяти.

Настраиваемые отчеты программы позволят разделить массив информации по оказанным услугам в соответствии с источниками поступления финансовых средств: федеральный бюджет, средства фондов обязательного медицинского страхования (ФОМС), договоры со страховыми организациями, работающими по программе добровольного медицинского страхования; в соответствии с нозологическими формами заболеваний по МКБ-Х по основному и сопутствующим заболеваниям, осложнениям, а также моделям пациента в составе выделенных при необходимости шифров основного диагноза (клинический диагноз); в соответствии с совокупностью законченных случаев и количеством фактически оказанных простых, сложных и комплексных услуг. Программа позволяет гене-

рировать отчеты по специализированным подразделениям учреждения, оказывающим лечебные и диагностические услуги, исполнителям услуг (лечащий врач, врач-лаборант, консультант), а также по направившим организациям и учреждениям. Персонифицированный учет медицинских услуг и определение условных единиц трудозатрат на их оказание практически осуществляется на автоматизированных рабочих местах персонала: врача приемного отделения, осуществляющего первичный контакт с пациентом, регистрирующего источник финансирования и определяющего маршрут движения пациента; медицинского регистратора, осуществляющего первичный ввод данных о пациенте, формирование направлений в подразделения и учет сведений об оказанных услугах; экономиста, обеспечивающего формирование отчетной и справочной документации и оптимизацию работы автоматизированного комплекса, расчета стоимости услуг; администратора системы, осуществляющего в пределах полномочий ввод информации в единую базу данных и мониторинг состояния системы (движение пациентов, оказание помощи) в реальном масштабе времени и технический контроль, а также оператора, обеспечивающего ввод данных в программу на этапе выписки пациента из стационара. К основным информационно-аналитическим задачам мониторинга, решаемым с использованием разработанной программы, следует отнести поиск и сбор первичной информации, классификацию данных, кодирование информации, статистический анализ, генерацию настраиваемых отчетов, обмен данными между пользователями программы в рамках лечебного учреждения и за его пределами.

Внедрение разработанной в ФГУ «УрНИИДВиИ Росмедтехнологий» программы в практическую деятельность повышает прозрачность всех подразделений ЛПУ, дает возможность руководителю КВУ рассчитать стоимость каждого из элементов диагностических и лечебных технологий в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи; фактическую стоимость законченного случая лечения в зависимости от нозологии, стадии и осложненности процесса, возраста пациента.

Анализ структуры и динамики случаев госпитализаций дерматозов за девятилетний период (1999–2007) выявил преобладание и неуклонный рост удельного веса больных псориазом (очаговым, распространенным – прогрессирующей стадией, пустулезным псориазом, псориатической эритродермией), заболеваниями аллергического и атопического генеза, а общее число госпитализируемых за исследуемый период увеличилось в 1,5 раза, что обусловлено повышением интенсивности лечебно-диагностического

процесса, внедрением новых высокоэффективных современных медицинских технологий, позволивших снизить показатель средней длительности пребывания больных в стационаре в 1,8 раза. Перечень нозологий, наиболее часто подлежащих госпитализации в стационар дерматологического профиля, приведен в табл. 2.1.

Таблица 2.1

Перечень наиболее часто встречающихся нозологических форм, подлежащих госпитализации

№ п/п	Нозологическая форма	Код по МКБ-10	Фаза заболевания	Стадия заболевания	Категория возрастная	Осложнение	Длительность стационарного этапа
1	Атопический дерматит (**распространенная** форма)	L 20.0	Хроническая	Обострение	Взрослые Дети с 15 до 18 лет	Без осложнений	18 койко-дней
2	Атопический дерматит (**распространенная** форма, осложенная воричной инфекцией)	L 20.0	Хроническая	Обострение		**Вторичная инфекция** (бактериальная, вирусная, грибковая)	14 койко-дней
3	Атопический дерматит (**диффузная** форма)	L 20.0	Хроническая	Обострение	Взрослые Дети с 15 до 18 лет	Без осложнений	25 койко-дней
4	Острая крапивница Токсидермия Многоформная эритема Аллергический дерматит	L 50. L23 L25 L27 L50 L51	Острая		Взрослые Дети	Без осложнений	15 койко-дней

Окончание табл.2.1

5	Псориаз обыкновенный (очаговый)	L 40.0	Хроническая	Прогрессирующая	Взрослые Дети	Без осложнений	21 койко-день
6	Псориаз распространенный	L 40.0	Хроническая	»	»	Без осложнений	25 койко-дней
7	Псориаз обыкновенный эритродермия	L 40.8	Хроническая	Псориатическая эритродермия	»	Без осложнений	»
8	Псориаз обыкновенный	L 40.1/ L40.8	Хроническая	Пустулезный	»	Без осложнений	23 койкодня
9	Вульгарные угри (папуло-пустулезная, распространенная форма)	L 70.0	Обострение		»	Без осложнений	14 койко-дней
10	Вульгарные угри (узловато-кистозная, индуративная, конглобатная формы)	L 70.1	Обострение		»	Без осложнений	21 койко-день
11	Розацеа	L 71	Хроническая	Папулезно-пустулезная	Взрослые	Без осложнений	16 койко-дней
12	Пиодермия глубокая рецидивирующая, фурункулез	L01-L08	Дебют, хроническая	Обострение	Взрослые Дети	Без осложнений	12 койко-дней

При этом значительная (19,2–26,8 койкодня) длительность пребывания пациентов с тяжелыми формами заболеваний на госпитальном этапе лечения обусловливает высокую ресурсоемкость случаев лечения.

Суммарная доля всех перечисленных нозологий составляла **84,1 %** от всех случаев госпитализации в стационар, а общее количество койкодней, обусловленное данными нозологиями формами, составило 37896 (**84,4 %** от всех койкодней, обусловленных дерматологической патологией) (табл. 2.2).

Таблица 2.2

Структура случаев госпитализации в отделение дерматологии за 2006 г.

<table>
<tr><th>№</th><th>Нозологическая форма</th><th colspan="2">Количество случаев госпитализации (абс.)</th><th>Общее количество койкодней (абс.)</th><th>Удельный вес в структуре случаев госпитализации в отделение дерматологии, %</th></tr>
<tr><td>1</td><td>Атопический дерматит (распространенная форма)</td><td>269</td><td rowspan="3">488</td><td rowspan="3">7794</td><td rowspan="3">19,0</td></tr>
<tr><td>2</td><td>Атопический дерматит (распространенная форма, осложенная вторичной инфекцией)</td><td>146</td></tr>
<tr><td>3</td><td>Атопический дерматит (диффузная форма)</td><td>73</td></tr>
<tr><td>4</td><td>Псориаз обыкновенный (очаговый)</td><td>103</td><td rowspan="4">822</td><td rowspan="4">17191</td><td rowspan="4">35,0</td></tr>
<tr><td>5</td><td>Псориаз обыкновенный пустулезный</td><td>45</td></tr>
<tr><td>6</td><td>Псориаз распространенный</td><td>674</td></tr>
<tr><td>7</td><td>Псориаз обыкновенный эритродермия</td><td>76</td></tr>
<tr><td>8</td><td>Истинная экзема</td><td>285</td><td rowspan="2">407</td><td rowspan="2">5901</td><td rowspan="2">15,9</td></tr>
<tr><td></td><td>Микробная экзема</td><td>122</td></tr>
<tr><td>9</td><td>Острая крапивница. Токсидермия. Многоформная эритема. Аллергический дерматит</td><td colspan="2">154</td><td>1821</td><td>6,0</td></tr>
<tr><td>10</td><td>Вульгарные угри, папулопустулезная, распространенная форма</td><td>109</td><td rowspan="2">129</td><td rowspan="2">1944</td><td rowspan="2">5,0</td></tr>
<tr><td>11</td><td>Вульгарные угри, узловатокистозная, индуративная, конглобатная формы</td><td>20</td></tr>
</table>

Окончание табл. 2.2

12	Пиодермия глубокая, рецидивирующая, фурункулез	46	618	1,8
13	Розацеа	37	575	1,4
14	Другие нозологические формы	407	7029	15,9
	Всего	2566	44925	100

В связи с этим при дальнейшем расчете затрат на оказание специализированной медицинской помощи больным дерматозами мы ориентировались на затраты полного выполнения стандартов по вышеперечисленным нозологическим формам, разработанным в ФГУ «УрНИИДВиИ Росмедтехнологий» на основе федеральных стандартов. При расчете стоимости стандартов оказания стационарной медицинской помощи больным хроническими дерматозами учитываются расходы на обязательную клиническую и лабораторную диагностику, обязательные лечебные технологии и перечень лекарственных средств обязательного ассортимента.

2.2.4. Электронный справочник нормативов прямых удельных материальных затрат на лабораторные и физиотерапевтические услуги

Для возможности автоматического расчета стоимости всех затрат на расходные материалы с учетом нормативов их использования при оказании всего спектра лабораторных и физиотерапевтических простых и сложных услуг был создан электронный справочник нормативов прямых удельных материальных затрат по результатам сплошного калькулирования оказанных медицинских услуг. Все нормативы прямых удельных материальных затрат разработаны в лабораториях и отделениях, непосредственно производящих медицинские услуги, на основании действующих нормативных документов, инструкций и методических рекомендаций, утверждены клинико-экспертной комиссией и введены в работу.

Таким образом, в ФГУ «УрНИИДВиИ Росмедтехнологий» разработаны и внедрены в деятельность института на постоянной основе компьютерная программа персонифицированная сплошного учета медицинских услуг и лекарственных средств, электронная версия Номенклатуры медицинских услуг, оказываемых в ФГУ «УрНИИДВиИ Росмедтехнологий», программный модуль по расчету финансовых затрат на выполнение в полном объеме стандартов оказания специализированной медицинской помощи больным хроническими дерматозами, электронный справочник

нормативов прямых удельных материальных затрат на лабораторные и физиотерапевтические услуги, электронный справочник лекарственных средств, тест-систем и расходных материалов. Все элементы интегрированы в единую информационную систему управленческого учета в институте (рис. 2.1) и являются инструментом для научного обоснования расходов на выполнение стандарта оказания медицинской помощи с учетом результатов сплошного калькулирования оказанных медицинских услуг.

2.3. ПРИНЦИПЫ ПЛАНИРОВАНИЯ РАСХОДОВ НА ОКАЗАНИЕ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА

Как указывалось в подразд. 2.2, расчет стоимости специализированной медицинской помощи больным хроническими дерматозами в стационаре производится в соответствии с выполнением стандартов в полном объеме. Расчет затрат на медицинские услуги, оказываемые за счет бюджетных средств, осуществляется в соответствии с Инструкцией по расчету стоимости медицинских услуг, утвержденной Министерством здравоохранения РФ и Российской академией медицинских наук 10.11.1999 г. № 01-23/4-10, 01-02/41 и в соответствии с гл. VII «Методики расчета затрат на медицинские услуги» из Номенклатуры работ и услуг в здравоохранении – сплошное калькулирование по всей Номенклатуре медицинских услуг, оказываемых в ФГУ «УрНИИДВиИ Росмедтехнологий». При расчетах также использовались Методические указания по совершенствованию оплаты медицинских услуг, планированию и использованию ресурсов в учреждениях здравоохранения федерального подчинения, утвержденные Приказом Минздрава РФ и Российской академии медицинских наук № 70/14 «О повышении эффективности использования финансовых средств в учреждениях здравоохранения федерального подчинения» от 28 февраля 2000 г. С этой целью было создано приложение к вышеописанной программе персонифицированного учета медицинских услуг и лекарственных средств, которое позволяет учитывать все составляющие стандарта оказания медицинской помощи по различным моделям пациентов.

При стратегическом планировании ресурсного обеспечения стационарного этапа оказания медицинской помощи в специализированных ЛПУ в объеме полного выполнения стандартов необходимо учитывать врачебные трудозатраты (врачей-дерматологов и врачей-лаборантов) в УЕТ, трудозатраты среднего медицинского персонала (в дерматологическом отделении и в лабораториях) в УЕТ, суммарную стоимость лекарственного обеспечения, необходимого на курс лечения больного, суммарную стоимость расходных материалов, используемых в лабораториях и физиотерапевтическом отделении, стоимость лабораторных услуг, а также стоимость затрат на койкодень, износа оборудования, косвенных расходов за расчетный период (рис. 2.2).



Рис. 2.2. Принципиальная схема этапов расчета затрат на оказание всего спектра медицинских услуг лечебного учреждения в ценах бюджетного финансирования

В процессе перспективного планирования деятельности ЛПУ для руководителя важной представляется информация о затратах на полное выполнение учрежденческого стандарта лечения и обследования больного той или иной нозологией. При этом к прямым расходам КВУ следует относить заработную плату основного медицинского персонала на одну медицинскую услугу, начисления на заработную плату, медикаменты и расходные материалы на одно исследование или медицинскую услугу, питание, мягкий инвентарь, расходы на приобретение оборудования. При практическом использовании модуля компьютерной программы по расчету финансовых затрат на выполнение в полном объеме стандартов оказания специализированной медицинской помощи больным различными нозологическими формами существует техническая возможность учитывать:

- фонд рабочего времени (врачебного и среднего медицинского персонала для стационарного отделения и лаборатории в отдельности);
- различные варианты подбора лечебно-диагностических услуг как из обязательного, так и из дополнительного перечня медицинских услуг в стандартах оказания медицинской помощи больным хроническими дерматозами;
- расходные материалы и нормативы их использования при оказании лабораторных услуг, стоимость которых может быть рассчитана автоматически, исходя из нормативов прямых удельных материальных затрат на оказание медицинских услуг;
- уровень индексации цен на расходные материалы и лекарственные средства в соответствии с инфляцией;
- необходимость дополнения перечня лекарственных средств;
- дополнительно введенные услуги в протокол ведения больных, в номенклатуру медицинских услуг, оказываемых в учреждении, утвержденных КЭК.

В качестве примера приводим расчет составляющих стандарта оказания стационарной медицинской помощи больным распространенной формой атопического дерматита в стадии обострения в пересчете на количество пациентов с данной патологией (269), госпитализированных за 2006 календарный год (табл. 2.3).

Таблица 2.3

Расчет составляющих стандарта оказания медицинской помощи

СТАНДАРТ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ атопическим дерматитом (АД)	
АД распространенная форма, неосложненный, хроническая, обострение (стационарный этап)	
Отделение дерматологии	
Аллергодерматозы	
Количество случаев	269

Оказываемые услуги

№ п/п	Код услуги	Наименование	Кол-во на 1 случай	Кол-во всего	УЕТ врач.	УЕТ сестр.
1	С01.008.01	Консультация врача-дерматолога	1	269	914,6	0
2	С01.047.81	Комплекс общетерапевтических исследований	1	269	796,3	134,6
3	С01.008.81	Консультация врача-дерматолога с ученой степенью к. м. н. и/или с квалификацией «врач высшей категории»	1	135	457,3	0
4	А11.05.001	Взятие крови из пальца	2	538	0	269
5	С01.047.01	Консультация врача-терапевта	0,3	81	371,2	80,7
6	А14.01.801	Нанесение наружных лекарственных средств	18	4842	0	4842
7	С01.889.03	Койкодень в палате дерматовенерологического отделения	18	4842	0	0
8	С03.808.35	Исследование микрореакции	1	269	80,7	457,3
9	С03.016.81	Общий (клинический) анализ крови	2	538	753,2	1667,8
10	С03.016.82	Анализ мочи общий	2	538	215,2	968,4
11	С03.016.83	Копрологическое исследование	1	269	269	269
12	А09.19.003	Исследование кала на гельминты	3	807	403,5	1210,5

13	A09.19.012	Исследование кала на простейшие	3	807	403,5	1210,5
14	C03.016.85	Анализ крови биохимический общий	1	269	2716,9	2071,3
15	A11.12.009	Взятие крови из периферической вены	1	269	0	134,5
16	A11.12.003	Внутривенное введение лекарственных средств	10	2690	0	4035
17	A11.02.002	Внутримышечное введение лекарственных средств	10	2690	0	1883
18	A17.01.805	Ультратонтерапия кожи (20 мин/проц)	1	269	26,9	403,5
19	A17.01.802	Электрофорез кожи лекарственный (15 мин/проц)	2	538	53,8	1076
20	A24.01.005	Криомассаж кожи (за 0,5 мин)	2	538	53,8	538
21	A22.01.006	Ультрафиолетовое облучение кожи (1 процедура)	3	807	80,7	1614
22	A22.01.006	Ультрафиолетовое облучение кожи (1 процедура)	1	215	21,5	430,4
23	A17.01.007	Дарсонваль кожи (10 мин/проц)	3	807	80,7	1210,5
		Итого	87	23430	8086,1	24505,9

Необходимые расходные материалы

№ п/п	Наименование	Единица измерения	Кол-во на 1 случай	Кол-во всего	Цена, руб	Сумма, руб
1	Люис-тест набор 1	набор	0	0,26	951,85	247,48
2	Планшет круглодонный	шт.	0	0,06	89,67	5,38
3	Наконечники Biohit 300 мкл	шт.	4	1 076	1,09	1172,84
4	Общелабораторные расходные материалы	шт.	2	538	0,9	484,2
5	Натрий хлористый	шт.	0	0,05	161,4	8,07
6	Пробирки центрифужные н/град.	шт.	6	1 614	3,29	5310,06
7	Стекло предметное	шт.	3,14	844,66	0,64	543,38
8	Стекло покровное 18x18	шт.	3	807	0,45	363,15
9	Судан III	г	0,01	2,16	4,98	10,76

Продолжение табл. 2.3

10	Эфир флакон 100 г	флакон	0,12	32,28	56,5	1823,82
11	Скарификатор автоматический (ланцет)	шт.	2	538	15,7	8446,6
12	Масло иммерсионное	флакон	0,02	5,38	118	634,84
13	Стекло предметное	шт.	0,08	21,52	0,5	10,76
14	Раствор Люголя	мл	1	269	0,34	91,46
15	Пробирки капиллярные с EDTA	шт.	2	538	14,8	7962,4
16	Реагент д/разведения ABX Minoton LMG 20 л	упаковка	0	0,45	3455,16	1554,82
17	Реагент лизирующий ABX MinoLyse LMG 1 л	упаковка	0	0,22	4817,55	1059,86
18	Реагент д/промывания ABX Cleaner 1 л	упаковка	0	0,77	2934,55	2259,6
19	Депротеинизатор ABX Minoclair 0,5 л	упаковка	0	0,07	2382,57	166,78
20	Контр. кровь Count 16 Kit S/2N.1H/1L*2 ml	набор	0	0,22	6847,27	1506,4
21	Бумага для принтера A5 4000 листов	упаковка	0	0,13	5628,31	731,68
22	Формалин 10 %	мл	48	12 912	0,03	387,36
23	Азур-эозин по Романовскому	л	0,01	2,7	211,21	570,28
24	Капилляр Панченко	шт.	0,04	10,76	8,5	91,46
25	Натрия хлорид 0,9 % р-р д/инф. флакон 200 мл	флакон	0	0,27	29,89	8,07
26	Стекло покровное 18x18	шт.	7	1 883	0,46	866,18
27	Термобумага 57x30 м	шт.	0,01	1,43	109,1	156,02
28	Тест-полоски URS-10 (100 шт.)	упаковка	0,02	5,38	1570	8446,6
29	Общелабораторные расходные материалы	шт.	20	5 380	0,9	4842
30	Пробирки центрифужные град.	шт.	0,55	147,95	7,4	1094,83
31	т/с Тимоловая проба на 100 иссл.	набор	0,01	2,69	485	1304,65
32	Натрий едкий	кг	0	0,03	89,67	2,69

Продолжение табл. 2.3

33	Кальция хлорид 10 % р-р д/ин. амп. 10 мл № 10	упаковка	0,01	2,69	44	118,36
34	Бумага д/электрофореза FN16 470x580	лист	0	0,67	68,25	45,73
35	013.032 т/с Холестерин общий	набор	0	0,27	2450,89	661,74
36	Трис-оксиметил-аминометан	г	0,4	107,6	4,03	433,09
37	ЭДТА	г	0,08	21,52	7,5	161,4
38	Борная кислота	кг	0,08	21,52	0,25	5,38
39	Цинк сернокислый	г	0,15	40,35	0,2	8,07
40	Бромфеноловый синий	г	0,01	2,69	4	10,76
41	Перекись водорода 6 % флакон 200 мл	флакон	0,11	29,59	26	769,34
42	Гепарин 5000 ЕД/мл флакон 5 мл № 5	упаковка	0	0,27	109,59	29,59
43	Мочевина (Urea 450)	набор	0	0,6	295,9	177,54
44	Общие липиды TL180	набор	0	0,93	775,18	720,92
45	001.011 т/с АЛТ	набор	0	0,27	607,74	164,09
46	002.011 т/с АСТ	набор	0	0,3	609,73	182,92
47	т/с Глюкоза ФКД упаковка № 10	набор	0	0,27	617,7	166,78
48	Уксусная кислота ледяная (хч)	кг	0	0,81	146,12	118,36
49	Общелабораторные расходные материалы	шт.	11	2 959	0,9	2663,1
50	т/с Билирубин	набор	0	0,54	851,83	459,99
51	Бинт н/ст 7 м x 14 см	шт.	0,07	19,21	5,04	96,84
52	Вата хир. н/ст 250 г	шт.	0,32	85	27,5	2337,61
53	Спирт медицинский 95 % флакон 100 мл	кг	0,49	131,81	12,8	1687,17
54	Перчатки хир.	пар(а)	9,8	2 636,2	5,78	15237,24
55	Шапочка хир.	шт.	6,8	1 829,2	1,63	2981,6

Окончание табл. 2.3

56	Пеленка хир. 80x70	шт.	8,8	2 367,2	5,07	12001,7
57	Бумага д/электрофореза FN16 470x580	лист	0,4	107,6	67,2	7230,72
58	Жидкий азот	кг	0,27	71,73	9,9	710,16
59	Лидаза при р-ра д/ин. № 10	упаковка	0,2	53,8	77	4142,6
Итого						105487,28

Необходимые лекарственные средства

№ п/п	Наименование	Кол-во на 1 случай	Кол-во всего	УЕТ врач.	УЕТ сестр.
1	ТАВЕГИЛ 0,001 г таб. № 20	0,35	94,15	73	6872,95
2	СУПРАСТИН 2 % р-р д/ин. амп. 1 мл № 5	1,2	322,8	99,03	31966,88
3	КЕТОТИФЕН 0,001 г таб. № 30	0,83	223,27	7,92	1768,3
4	НАТРИЯ ХЛОРИД 0,9 % р-р д/инф. флакон 200 мл	5	1 345	21,41	28796,45
5	НАТРИЯ ТИОСУЛЬФАТ 30 % амп. 10 мл № 10	0,5	134,5	36,11	4856,8
6	КАЛЬЦИЯ ГЛЮКОНАТ 10 % амп. 10 мл № 10	0,3	80,7	65,51	5286,66
7	ПОЛИФЕПАН порошок 250 г	1	269	28,82	7752,58
8	ПРЕДНИЗОЛОН 30 мг/1 мл р-р д/ин. амп. № 3	2,33	626,77	30,45	19085,15
9	ДИПРОСПАН р-р д/ин. амп. 1 мл № 1	0,6	161,4	176,32	28458,05
10	ЭУФИЛЛИН 2,4 % р-р д/ин. амп. 10 мл № 10	0,1	26,9	34,56	929,66
11	ЦИНКОВАЯ МАЗЬ туба 25 г	5	1 345	5,33	7168,85
12	АКРИДЕРМ СК мазь туба 30 г	0,84	225,96	142,38	32172,18
13	АДВАНТАН 0,1 % мазь туба 15 г	2,52	677,88	325,35	220548,26
14	ОКСИКОРТ аэрозоль д/мест. прим. флакон 55 мл	0,19	51,11	124,2	6347,86
15	АФЛОДЕРМ 0,05 % крем туба 40 г	1,05	282,45	223,77	63203,84
Итого					465214,47

Анализ количества медицинских услуг, соответствующих обязательному объему клинической и лабораторной диагностики, проводился с учетом частоты предоставления услуги и среднего количества услуг на случай госпитализации. Общее количество оказываемых медицинских услуг на 1 случай госпитализации больного с распространенной формой АД (помимо медицинских услуг, входящих в стоимость койкодня) составило 87, на 269 случаев госпитализации – 23430 медицинских услуг, которым соответствовало 8086,1 УЕТ врачей и 24505,9 УЕТ среднего медицин-ского персонала.

Расчет затрат на необходимые тест-системы и расходный медицинский материал проводился из расчета:

а) необходимого количества на 1 случай госпитализации;
б) на общее число больных (в количестве от одной упаковочной единицы);
в) цены за упаковку тест-систем и расходных материалов (за единицу складского учета). Общая стоимость тест-систем и расходного материала, необходимых для проведения лабораторного обследования, составила 105487,28 руб.

Расчет затрат на медикаменты (из перечня лекарственных средств обязательного ассортимента) проводился с учетом:

а) частоты назначения препаратов;
б) дозы лекарственного средства на один прием (в количестве от одной упаковочной единицы);
в) кратности приема или введения препарата;
г) ориентировочной дневной дозы препарата;
д) средней длительности курса лечения данным лекарственным средством;
е) эквивалентной курсовой дозы (ЭКД);
ж) количества препарата, необходимого на общее число больных, пролеченных по данному стандарту (количество упаковочных единиц);
з) цены за упаковку лекарственного препарата в системе складского учета.

Общая стоимость медикаментов обязательного лекарственного ассортимента, необходимых для лечения 269 больных распространенной (неосложненной) формой АД, составила 465214,47 руб.

Подобный расчет проведен по всем наиболее часто встречаемым нозологическим формам, которые составили 84,1 % от всех госпитализированных больных дерматозами и обусловливают 84,4 % всех койко-

дней дерматологического отделения. В сводном отчете по расчету затрат на выполнение стандартов медицинской помощи больным дерматозами (табл. 2.4) приведены данные об общем количестве плановых койкодней, необходимых для реализации полного объема стандартов оказания медицинской помощи, для 2159 пациентов перечисленными ранее нозологиями этот показатель составил 40943 койкодня. Далее в сводном отчете в автоматическом режиме подсчитываются общее количество случаев госпитализации, общие трудозатраты врачей и среднего медицинского персонала отдельно для дерматологического и физиотерапевтического отделений и лабораторных подразделений, сумма всех затрат на лекарственные средства, тест-системы и расходные материалы по результатам сплошного калькулирования оказанных медицинских услуг. Общие трудозатраты врачей клиники и лабораторий на оказание медицинской помощи 2159 пациентам в объеме стандарта составили 80404,7 УЕТ, суммарные трудозатраты среднего медицинского персонала клиники и лабораторий – 227639,1 УЕТ.

Принцип формирования сводного отчета расходов на выполнение в полном объеме стандартов по лечебному учреждению подразумевает сплошное калькулирование всех составляющих стандартов и всех трудозатрат врачей и медицинского персонала по всем составляющим стандартов по всем функциональным подразделениям ЛПУ (рис. 2.3).

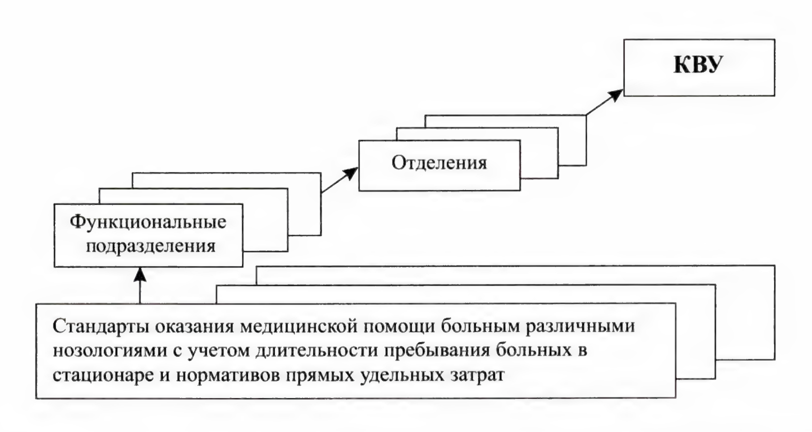


Рис. 2.3. Принцип формирования сводного отчета медицинской составляющей расходов на выполнение в полном объеме стандартов по лечебному учреждению (без косвенных затрат различных уровней)

Таблица 2.4

ФГУ УрНИИДВиИ Росмедтехнологий

Сводный отчет по затратам на выполнение стандартов оказания медицинской помощи больным дерматозами

Период: 2006 г.

Наименование показателя	Кол-во койко-дней	Кол-во случаев	Трудозатраты врачебные клиники в УЕТ	Трудозатраты м/сестр. клиники в УЕТ	Трудозатраты врачебные лаборатории в УЕТ	Трудозатраты м/сестр. лаборатории в УЕТ	Сумма за лекарст. средства, руб.	Сумма за расх. материалы, руб.
Дерматология	***40943***	***2159***	***39340***	***163993,3***	***41064,7***	***63645,8***	***4182854,58***	***1076514,03***
Аллергодерматозы	15905	1049	12580	73339	20626,5	32065,2	1412648,77	572504,1
СТАНДАРТ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ АД	8711	488	6875,9	31273	11118,6	16803,2	876300,52	275297,81
АД диффузная форма, хроническая, обострение (стац. этап)	1825	73	1164,4	5423,9	1715,5	2778,4	243873,39	41926,17
АД распространенная форма, неосложненный, хроническая, обострение (стац. этап)	4842	269	3244,1	16651,1	4842	7854,8	465214,47	105487,28
АД распространенная форма, осложненный, обострение (стац. этап)	2044	146	2467,4	9198	4561,1	6170	167212,66	127884,36
СТАНДАРТ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ острой крапивницей, токсидермией, многоформной эритемой, аллергическим дерматитом (стац. этап)	2310	154	1540	6699	2772	4496,8	168889,44	48200,46

Продолжение табл. 2.4

СТАНДАРТ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ЭКЗЕМОЙ	4884	407	4164,1	35367	6735,9	10765,2	367458,81	249005,83
Истинная экзема, распространенная. Хроническая, обострение, стац., 25 дней	3420	285	2986,8	25393,5	4716,8	7538,3	254806,47	190263,44
Микробная экзема. Хроническая экзема, осложненная вторичной инфекцией. Хроническая, обострение, стац., 25 дней	1464	122	1177,3	9973,5	2019,1	3226,9	112652,34	58742,39
СТАНДАРТ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ розацеа, неосложненная форма, папулезно-пустулезная форма, хроническая стадия (стац. этап)	592	37	854,7	3182	747,4	1080,4	26952,1	40897,95
СТАНДАРТ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ пеодермией, глубокой, рецидивирующей; фурункулезом (дебют, хроническая, обострение) (стац. этап)	552	46	894,7	2047	947,6	1324,8	43845,64	21615,17
Хронические дерматозы	23894	1027	25010,6	85425,3	18743,2	29175,4	2699408,07	441496,81
СТАНДАРТ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ПСОРИАЗОМ	21948	898	22743,1	79675,3	17071,4	27174,7	2556343,5	408197,2

Окончание табл. 2.4

Псориаз обыкновенный (очаговый), неосложненный, прогрессирующая, обострение, стац., 21 день	2163	103	803,6	9148,5	1854	3007,6	137835,58	42496,74
Псориаз обыкновенный, неосложненный, пустулезный, обострение, стац., 23 дня	1035	45	1327,5	2497,5	927	1651,5	388407,65	16334,55
Псориаз обыкновенный, эритродермия, неосложненный, псориатическая эритродермия, обострение, стац., 25 дней	1900	76	2242	4370	2158,4	2834,8	766337,59	23170,12
Псориаз распространенный, неосложненный, прогрессирующая, обострение, стац., 25 дней	16850	674	18370	63659,3	12132	19680,8	1263762,68	326195,79
СТАНДАРТ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ УГРЕВОЙ БОЛЕЗНЬЮ	1946	129	2267,5	5750	1671,8	2000,7	143064,57	33299,61
Вульгарные угри, папуло-пустулезная, распространенная форма, обострение, стац.	1526	109	1858,5	4360	1329,8	1558,7	118290,91	22013,11
Вульгарные угри, узловато-кистозная, индуративная, конглобатная формы, без осложнений, обострение, стац.	420	20	409	1390	342	442	24773,66	11286,5
Итого	40943	2159	39340	163993,3	41064,7	63645,8	4182854,58	1076514,03

Все указанные выше разделы сводных отчетов формируют основные бюджеты затрат на оказание медицинских услуг: 1) *годовой бюджет заработной платы учреждения* (с учетом реестра необходимых трудозатрат по подразделениям и должностям); 2) *годовой бюджет лекарственных средств и расходных материалов,* основанный на расчете основных материальных затрат с учетом нормативов удельных материальных затрат на медикаменты, тест-системы и расходные материалы (рис. 2.4).

Для более точного планирования стоимости оказания медицинской помощи в соответствии со стандартом необходимо учитывать категорию исполнителя каждой простой и сложной медицинской услуги, так как расчет расходов на оплату труда по конкретной медицинской услуге проводится раздельно по каждой категории персонала на основании средней заработной платы сотрудников по подразделению в соответствии с их квалификацией и установленными нормативами трудозатрат на выполнение этих услуг. При расчете условной единицы труда время, затрачиваемое специалистами на непосредственное выполнение услуги, умножается на нормативные коэффициенты использования рабочего времени ($К_{эф}$): для врача стационара $К_{эф}$ = 0,923, для врача-лаборанта = 0,750 (в соответствии с Инструкцией по расчету стоимости медицинских услуг, утвержденной Министерством здравоохранения РФ и Российской академией медицинских наук 10.11.1999 г. № 01-23/4-10, 01-02/41 и в соответствии с гл. VII «Методики расчета затрат на медицинские услуги» из Номенклатуры работ и услуг в здравоохранении).

Приложения программы содержат рабочие электронные справочники по штатному расписанию и койкам стационарных отделений (рис. 2.4).

Сводный отчет по необходимым штатным нормативам в целях выполнения государственного задания (по стандартам) содержит реестр медицинских должностей (врачи-дерматовенерологи, врачи-лаборанты, средний медицинский персонал клиники и лабораторного отдела) с учетом разрядности. Реестр должностей включается в единую информационную систему обеспечения деятельности планово-экономической службы медицинского учреждения для формирования штатного расписания и расчета заработной платы врачебного и медсестринского персонала учреждения. В табл. 2.5 приведен пример формирования отдельных статей расходов в сводном отчете по КВУ.

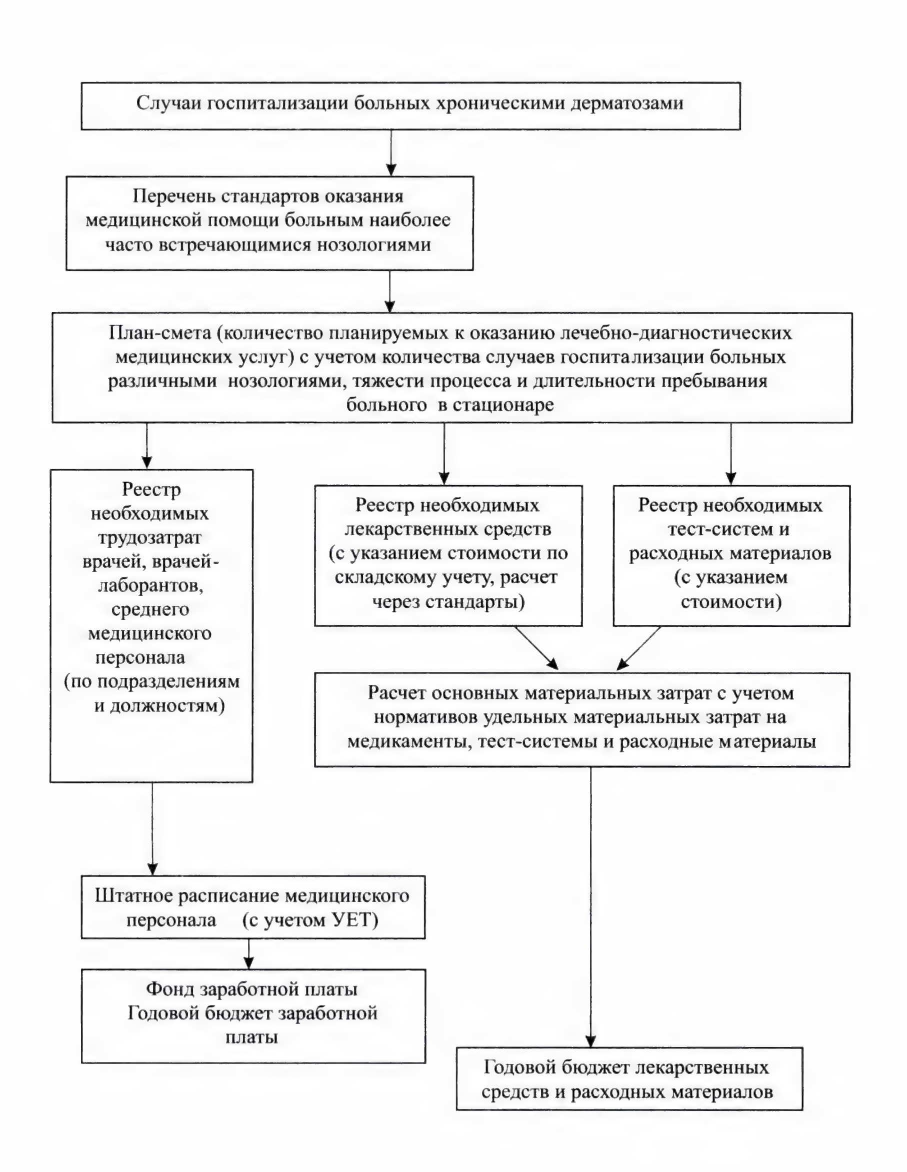


Рис. 2.4. Схема формирования годовых бюджетов заработной платы медицинского персонала, лекарственных средств и расходных материалов

Таблица 2.5

Пример формирования отдельных статей расходов в сводном отчете по учреждению

Годовой фонд рабочего времени, ч (Ф)	1781,6
Нормативный коэффициент использования рабочего времени (К)	0,923
Фонд рабочего времени врачей клиники в УЕТ на 1 ставку (ФУ = Ф*К*6)	9866,5008

	Количество койко-дней	Трудозатраты врачебные клиники в УЕТ	Трудозатраты м/сестр. клиники в УЕТ	Трудозатраты врачебные лаборатории в УЕТ	Трудозатраты м/сестр. лаборатории в УЕТ
Итого					
Количество ставок					
Средняя заработная плата персонала (за год)					
Годовой фонд заработной платы (тыс. руб)					
Годовой фонд заработной платы (по койкодням)		Средняя ставка (руб.)			
Количество ставок лечащих врачей					
Количество ставок среднего персонала (по койкодням)					
Свод по всем стандартам					
Годовой фонд заработной платы по койкодням					
Годовой фонд заработной платы по оказанным услугам					

Начисления на заработную плату					
Сумма на лекарственные средства, руб.					
Сумма на расходные материалы, руб.					
Итого					

Расчет затрат на выполнение стандартов медицинской помощи кроме годового бюджета заработной платы, годового бюджета лекарственных средств и расходных материалов должен также учитывать косвенные расходы различных уровней – расходы на осуществление хозяйственной деятельности, управление, оказание услуг, которые не могут быть прямо отнесены на стоимость медицинских услуг. В состав косвенных расходов мы включали заработную плату общеучрежденческого персонала, прочие расходы, которые могут быть рассчитаны исходя из фактических затрат за прошлый период (рис. 2.5).

К косвенным расходам относятся те виды затрат, которые необходимы для обеспечения деятельности учреждения, но не потребляемые непосредственно в процессе оказания медицинской услуги:

– оплата труда общеучрежденческого персонала;
– начисления на оплату труда общеучрежденческого персонала;
– хозяйственные затраты (затраты на материалы и предметы для текущих хозяйственных целей, канцелярские товары, инвентарь и оплату услуг, включая затраты на текущий ремонт и т. д.);
– затраты на командировки и служебные разъезды;
– амортизация (износ) зданий, сооружений и других основных фондов, непосредственно не связанных с оказанием медицинских услуг;
– прочие затраты.

Все виды бюджетов по косвенным расходам рассчитываются планово-экономической группой учреждения с участием профильных подразделений.

Проведенные в соответствии с приведенной выше схемой расчеты по планированию годового бюджета медицинского обеспечения работ позволяют научно обосновать систему рационального управления и планирования ресурсного (материально-технического и финансового) обеспечения объемов дерматовенерологической помощи, необходимых для решения задач повышения медицинской, социальной и экономической эффективности деятельности КВУ (рис. 2.6).

Годовой бюджет заработной платы врачей, врачей-лаборантов, среднего медицинского персонала

Годовой бюджет заработной платы общеучрежденческого персонала

Годовой бюджет лекарственных средств, тест-систем и расходных материалов

Годовой бюджет заработной платы

Начисления на заработную плату

Прочие выплаты

Услуги связи

Транспортные услуги

Коммунальные услуги

Прочие расходы

Расходование материальных запасов

Расходы на амортизацию и нематериальные расходы

Услуги по содержанию имущества

Прочие услуги

Рис. 2.5. Схема планирования годового бюджета медицинского обеспечения работ по выполнению государственного задания



Рис. 2.6. Возможности программы персонифицированного учета медицинских услуг и лекарственных средств

Расчет необходимых финансовых затрат на выполнение стандартов оказания медицинской помощи в полном объеме, проведенный с использованием системы мониторинга объема и спектра оказываемых медицинских услуг и лекарственных средств, а также с применением методологии расчета стоимости законченного случая лечения позволяют руководителю КВУ спланировать затраты на организацию лечебно-диагностического процесса, повысить эффективность управления ресурсами КВУ, научно обосновать практические механизмы повышения качества работы стационарных отделений, что в конечном счете способствует обеспечению реализации государственных гарантий по предоставлению бесплатной специализированной медицинской помощи с учетом необходимых населению объема и спектра медицинских услуг дерматовенерологического профиля (рис. 2.7).

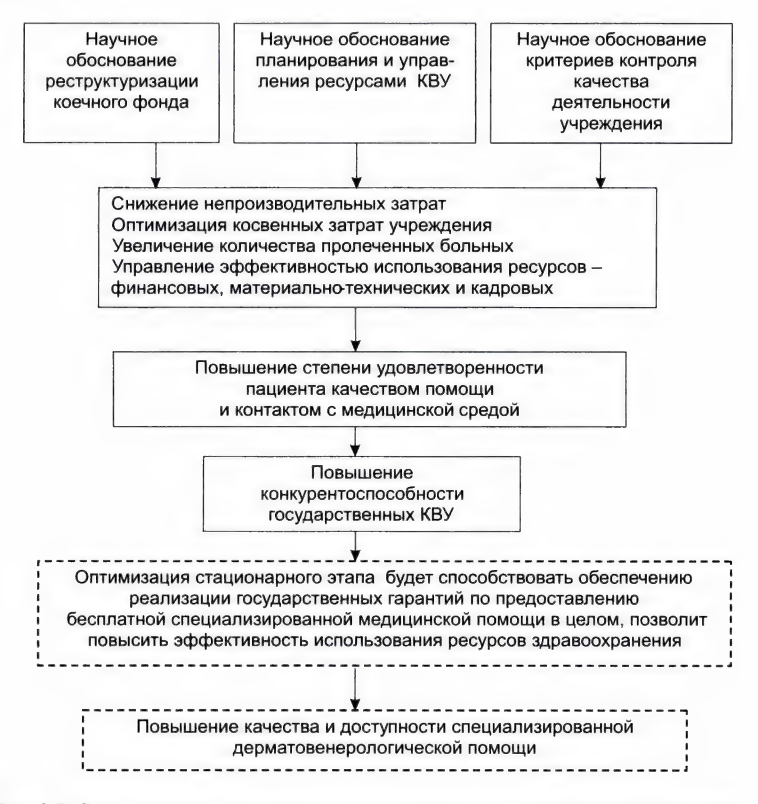


Рис. 2.7. Схема оптимизации стационарного этапа оказания специализированной медицинской помощи

Кроме того, при современном процессе стандартизации отечественной медицины и деятельности учреждений здравоохранения разработанные в «ФГУ УрНИИДВиИ Росмедтехнологий» компьютерная программа и ее приложения могут служить инструментом для пересмотра нормативов бюджетной медицины и расчетов с внебюджетными организациями.

В заключение следует отметить, что представленные программные модули по расчету стоимости выполнения стандартов оказания дерматовенерологической помощи и персонифицированного учета медицинских услуг и лекарственных средств, наряду с электронной версией Номенклатуры медицинских услуг, оказываемых в ФГУ «УрНИИДВиИ Росмедтехнологий», электронным справочником нормативов прямых удельных материальных затрат на лабораторные и физиотерапевтические услуги, электронным справочником лекарственных средств, тест-систем и расходных материалов, закупаемых в учреждении, внедрены в деятельность ФГУ «УрНИИДВиИ Росмедтехнологий», интегрированы в единую информационную систему управленческого учета в институте.

Программные модули универсальны, методология расчетов воспроизводима и при внедрении в работу КВУ требует лишь адаптации к действующей учрежденческой номенклатуре медицинских услуг и утвержденным учрежденческим стандартам оказания медицинской помощи больным дерматозами и ИППП (учитывающим квалификационный уровень КВУ, установленные кратность и объем обследования, перечень лекарственных средств обязательного ассортимента).

Использование методологии расчета стоимости стандартов оказания медицинской помощи больным дерматозами в объеме одного законченного случая лечения (с учетом полного возмещения затрат) позволяет руководителю КВУ провести экономический анализ объема трудозатрат врачей-дерматовенерологов, врачей-лаборантов, среднего медицинского персонала, затрат на расходные материалы, тест-системы и лекарственные средства. Анализ и обоснование стоимости законченного случая лечения с достигнутой эффективностью, проводимые с использованием указанных выше инструментов, дают руководителю объективное медико-экономическое обоснование корректировки взаиморасчетов с территориальными фондами обязательного медицинского страхования.

В настоящее время сохраняется потребность населения в стационарной дерматовенерологической помощи, что обусловлено широким распространением хронических форм дерматозов, устойчивых к терапии, вызывающих инвалидизацию, снижающих качество жизни больных, обусловливающих значительные экономические потери ввиду большого количество дней нетрудоспособности по причине заболеваний кожи.

Объективный анализ и планирование структуры качества и стоимости лечебно-диагностической деятельности позволяют научно обоснованно подойти к реструктуризации коечного фонда дерматовенерологической службы, способствующей повышению эффективности и доступности специализированной медицинской помощи населению.

ГЛАВА 3. МОТИВАЦИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧЕЙ В ГОСУДАРСТВЕННЫХ КОЖНО-ВЕНЕРОЛОГИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ*

В медицине главным лекарством является сам врач.
Антоний Кэмпиньский

3.1. МОТИВАЦИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧЕЙ. СОСТОЯНИЕ ВОПРОСА

Изменения, произошедшие в последнее десятилетие, а именно реализация Концепции здравоохранения и его реформирования, переход к рыночным принципам хозяйствования, проведение структурных и организационных преобразований в лечебно-профилактических учреждениях (ЛПУ), способствовали возрастанию требований населения к профессиональной деятельности медицинских работников, к качеству оказания медицинской помощи в целом. В этих условиях огромная социальная и нравственная ответственность ложится на врачей и других медицинских работников. Однако государственная система оплаты труда на сегодняшний день не соответствует уровню квалификационных требований, интенсивности и социальной значимости их труда (Флек В. О. и соавт., 2001; Дубынина Е. И. и соавт., 2003; Дьяченко В. Г., 2003; Блохин А. Б. и соавт.; 2003; Мадьянова В. В., 2004; Шильникова Н. Ф., 2005). Все это приводит к снижению статуса профессии врача, оттоку из здравоохранения большого количества специалистов и соответственно материальным потерям со стороны государства.

Реальная эффективность любых экономических мер определяется их воздействием на отношение персонала к труду. Изменить это отношение в законодательном порядке нельзя, так как это длительный эволюционный процесс, но его можно ускорить, предварительно проведя анализ сложившейся ситуации и причин, ее породивших. В настоящее время большинство руководителей (в том числе и в сфере здравоохранения) редко просчитывают социальные последствия принимаемых ими управленческих решений, а сами решения часто носят не комплексный характер, а сугубо экономический или технический (Травин В. В., Дятлов В. А., 2000).

---

* Авторы главы: д-р мед. наук, проф. Н. В. Кунгуров, канд. мед наук Н. В. Зильберберг, д-р мед. наук, проф. М. М. Кохан, канд. мед наук О. А. Воронова, Е. А. Шигаева

Ряд политических и социально-экономических факторов последнего десятилетия напрямую или косвенно оказали существенное, в том числе и негативное, влияние на работников здравоохранения. Для эффективного воздействия на кадровый ресурс необходимо знать его истинное состояние в текущий момент времени. Поэтому постоянная, многократная и многоуровневая оценка кадровой ситуации должна явиться основой для принятия управленческих решений (Васильева Т. П., Мушников Д. Л., 2004; Шапиро С. А., 2006).

Кадровые ресурсы являются важнейшей составляющей стратегического развития отрасли здравоохранения, обеспечивающей результативность деятельности его учреждений (Флек В. О. и соавт., 2001). Тем не менее за последние годы преобразований и реформ работе с персоналом ЛПУ уделялось явно недостаточное внимание (Шильникова Н.Ф., Ходакова О.В., 2005). На сегодняшний день нерешенными остаются следующие кадровые проблемы: отток квалифицированных специалистов из отрасли, наличие диспропорций между числом врачей и числом среднего медицинского персонала, низкий уровень оплаты труда и недостаточные социальные гарантии со стороны государства для медицинских работников (Дубынина Е. И. и соавт., 2003; Дьяченко В. Г., Пчелина И. В., 2003; Блохин А. Б. и соавт., 2003; Рогозный А. Д., 2003; Михайлова Ю. В. и соавт., 2008).

В целях совершенствования системы оплаты труда медицинских работников, в том числе повышения их мотивации к качественному труду, и создания условий для привлечения в здравоохранение высококвалифицированных кадров с 2009 г. предусматривается не только повышение минимального размера оплаты труда до 4 200 руб., но и, что принципиально важно, увязывание принципов и механизмов оплаты труда с предстоящим переходом бюджетных учреждений в новые организационно-правовые формы. В этой связи в литературе все чаще встречаются данные об исследованиях, касающихся научного обоснования методов мотивации профессиональной деятельности врачей, в том числе за счет материальных и нематериальных факторов.

Кадры, являясь главной, наиболее ценной частью внутренних ресурсов здравоохранения, в итоге обеспечивают результативность деятельности не только всей системы здравоохранения в целом, но и отдельных ее структур и объектов (Флек В. О. и соавт., 2001; Какорина Е. П. и др., 2006; Назаренко Г. И. и соавт., 2000, 2003). В работе Т. П. Васильевой, Д. Л. Мушникова (2004) предлагаются методологические подходы к изучению состояния и оптимизации кадрового потенциала здравоохранения на региональном уровне. Одним из важных аспектов исследователи на-

зывают оценку готовности студентов медицинских учебных заведений к работе в учреждениях здравоохранения, то, насколько они связывают свою дальнейшую профессиональную деятельность с профессией врача. Кроме того, данный подход включает оценку социального, инновационного, трудового, психологического потенциала врачей и среднего медицинского персонала. Но вместе с тем авторами не приводятся результаты собственных исследований, проведенных по данной методике. В целом же публикуемые в этой области работы (Назаренко Г. И. и др., 2004; Шешунов И. В. и др., 2004; Васильева Т. П. и др., 2004; Шильникова Н. Ф. и др., 2005) посвящены разработке общих положений и не затрагивают специфику оказания дерматовенерологической помощи, а также не сопряжены с процессом непрерывного повышения уровня ее качества. Объем выборки в подобных исследованиях, как правило, не превышал 140–180 медицинских работников.

Большое внимание отечественными учеными уделяется вопросам расстановки и использования врачебных кадров в период реформирования здравоохранения, организационным основам нормативно-правового регулирования в сфере профессиональной деятельности медиков и вопросам социального статуса врачей, обеспеченности населения врачами, обоснованию критериев профессиональной пригодности врачей (Денисов И. Н., 2001; Кучеренко В. З. и др., 2003; Полунина Н. В., Нестеренко Е. И., Мадьянова, 2003; Щепин О. П., 2002).

Одним из направлений преобразований в сфере здравоохранения, проводимых с целью повышения экономической эффективности деятельности ЛПУ, явилась разработка мероприятий, направленных на повышение качества медицинского обслуживания и эффективности труда, а также рациональное расходование финансовых и материальных ресурсов, что косвенно влияет на улучшение материального положения медицинских кадров. Данному аспекту стимулирования деятельности медицинского персонала посвящены работы М. Н. Кузьменко (2001), А. Л. Линденбратена (2002), Н. В. Полуниной (2003), Е. И. Нестеренко (2003), В. И. Стародубова (2004).

Повышение эффективности и качества медицинского обслуживания населения связано с обеспеченностью медицинских учреждений кадрами, укомплектованностью их штатов, уровнем квалификации врачей, а также, как прямо, так и опосредованно (через отношение медицинских работников к правомерности и целесообразности современных реформ), с тем положением, которое они занимают в системе здравоохранения, с обеспечением необходимого уровня их правовой и социальной защищенности (Кочорова Л. В., 2000). По результатам исследований автора, посвящен-

ных удовлетворенности врачей-психиатров своим положением, почти 2/3 опрошенных (70,7 %) не полностью удовлетворены условиями работы, а 7,2 % совершенно не удовлетворены.

Среди исследований, посвященных изучению менталитета медицинских работников, следует отметить работы Г. И. Назаренко и соавт. (2003, 2004), доказавших, что успешное внедрение в практику ЛПУ технологической модели управления качеством медицинской помощи предполагает, наряду с профессиональным развитием персонала, исследование особенностей менталитета как отдельных специалистов, так и их сообществ. В проводимой исследователями работе по внедрению стратегии непрерывного повышения качества медицинской помощи уделялось значительное внимание мотивации персонала, что достигалось путем

– текущей профессиональной подготовки медицинского персонала и перспективного планирования обучения;

– поддержки новаторства и тесного сотрудничества всех категорий медицинского персонала, в том числе и материального стимулирования;

– широкой демонстрации достижений в области повышения качества медицинской помощи. Авторами доказано, что коллектив сотрудников ЛПУ неоднороден по своему психолого-профессиональному составу; удельный вес сотрудников, склонных к активному восприятию различных инноваций в рамках повышения качества медицинской помощи, невысок и составляет 20 %. Г. И. Назаренко и соавт. (2003, 2004) предложен и внедрен алгоритм работы с медицинскими кадрами, позволяющий добиться массового вовлечения сотрудников в процесс непрерывного повышения качества медицинской помощи.

Медицинские работники являются самой значимой и наиболее ценной частью внутренних ресурсов ЛПУ, именно они обеспечивают результативность их деятельности. Главную роль в повышении эффективности деятельности ЛПУ должны играть экономические методы управления, основной из которых – адекватная и стимулирующая оплата труда (Линденбратен А. Л., 2005; Кадыров Ф. Н., 1998; Шамшурина Н. Г., 2004).

Таким образом, методы материального стимулирования труда являются одним из главных способов мотивирования работников, но тем не менее проблема качества специализированной медицинской помощи не может быть решена только за счет новых финансовых вливаний в отрасль, необходимы разработка и принятие управленческих, методических и организационных решений (Музыка Д. Ю., 2007; Михайлова Ю. В., 2008).

В исследовании Д. Ю. Музыки (2007) разработаны организационно-методические подходы к повышению качества и эффективности профилактической работы врачей-терапевтов участковых Иркутска, изучено влияние дополнительного финансирования на содержание и качество тру-

да врачей. Отсутствие у большинства медицинских сотрудников прямой связи между величиной получаемого ими заработка и их трудовыми усилиями привело к незаинтересованности врачей и медицинского персонала в повышении качества и эффективности своего труда (Гайдаров Г. М. и соавт., 2005, 2006).

Реальная ситуация сегодняшнего дня свидетельствует о том, что суть трудовой мотивации у большинства врачей сводится к осознанию ими социальной значимости их труда, однако желание иметь гарантированную заработную плату, обеспечивающую достойный уровень жизни, не всегда подкрепляется стремлением к высокой эффективности и качеству выполняемого труда (Мадьянова В. В., 2003). По результатам исследований автора, для большинства врачей предпочтительны мотивирующие факторы в виде реальных денежных сумм (премии, различного рода надбавки к заработной плате).

Изучению теории мотивации потребностей в деятельности человека посвящен ряд работ А. Маслоу, а вопросы, касающиеся методов стимулирования сотрудников на более производительный труд, выявления мотивационного воздействия, отражены в большом количестве исследований по менеджменту и экономике труда.

В то же время в здравоохранении вопросы формирования механизма трудовой мотивации, относящегося к основным компонентам комплекса, ориентированного на повышение качества и эффективности медицинской помощи, изучены недостаточно, а в области дерматовенерологии такие исследования вообще не проводились. Считаем, что в современных экономических условиях необходим комплексный подход к стимулированию профессиональной деятельности медицинского персонала. В связи с этим необходима разработка научно обоснованной системы мотивации труда, в основу которой положены как материальные, так и нематериальные факторы формирования механизма трудовой мотивации.

Таким образом, в настоящее время нельзя сказать, что отдельные составляющие аспекты проблемы обеспечения качества медицинской помощи, касающиеся вопросов профессионального менталитета врачей и нормирования их труда, недостаточно глубоко проанализированы и решены организаторами здравоохранения и дерматовенерологами как с точки зрения разработки общих положений, так и специфических особенностей организации лечебно-диагностического процесса в стационарах кожно-венерологических учреждений (КВУ).

Современные исследования проблемы обеспечения качества медицинской помощи (КМП) характеризуются разработкой и внедрением новых практических механизмов с акцентом на развитие экономических методов управления, поиском моделей оптимальной зависимости объемов

и качества медицинского труда и адекватного вознаграждения. Качество процесса, формирующего КМП (наряду с качеством структуры и качеством результатов), в определенной степени обеспечивается, помимо всего прочего, личностью и профессионализмом врачей и их взаимоотношениями с пациентами. Не существует медицинских услуг вне отношений врача (медицинского работника) и пациента (Колесник А. Ю., 2005). Именно эти отношения в процессе оказания медицинских услуг являются основополагающими в удовлетворении возникших потребностей в специализированной медицинской помощи.

С юридической точки зрения при предоставлении медицинских услуг важными являются следующие критерии: профессиональная подготовка врача и среднего медицинского персонала и их соответствие лицензионным требованиям. Исходя из этого, в системе КМП методологически логично выделить систему качества медицинских отношений, большое влияние на которую оказывает наличие трудовой мотивации у врачей. Если при оценке качества медицинской помощи пациент характеризует врача, к примеру, как высококлассного специалиста или наоборот, то с точки зрения объективных критериев деятельность медицинского работника при завершении каждого случая медицинского обслуживания необходимо оценивать по критериям результативности, соотнесенным с профессиональной подготовкой специалиста, его опытом, наличием теоретических знаний, практических навыков, соответствия его действий утвержденным стандартам, инструкциям и другим нормативным документам. Данная объективная оценка состояния профессиональных возможностей специалистов отражает их квалификационный уровень и соответствие должности. Целесообразно учитывать качество взаимоотношений врачей как с пациентами, так и с коллегами при решении вопросов, требующих коллегиального обсуждения. Разработка и внедрение объективных критериев взаимоотношений врача и пациента, как субъектов маркетинговой системы, методологически позволяют соотнести эти характеристики с качествами структуры, процесса и результатов КМП. В частности, в рамках данного методологического подхода представляется реальным обосновать, построить и реализовать одну из возможных моделей взаимосвязи объемов и качества медицинского труда с соответствующим вознаграждением (Колесник А. Ю., 2005) .

По мнению В. И. Шешунова, А. Б. Медведьевой (2004), ЛПУ должно быть заинтересовано в результатах своей деятельности, а соответственно и в финансировании не по «сметному содержанию», а по объему и качеству оказанных медицинских услуг населению, и оплачиваться эта работа должна не по урезанным тарифам. Вместе с тем, указывая на действие саморазвивающихся принципов заинтересованности врача в результатах своей работы, авторы не раскрывают их сути и механизмов воздействия.

По результатам социологического опроса, проведенного А. А. Кубановым, М. А. Ивановой (2007), среди факторов, мешающих нормальной работе, врачи в 10,4 % случаев указывают недостаточность квалификации, в 10,4 % – отсутствие средств для качественного обследования, в 10,4 % – плохой психологический климат в коллективе, в 35, 4 % – отсутствие современной оргтехники, в 64,6 % – низкий уровень заработной платы. За расширение платных услуг в дерматовенерологии высказались 87,5 % опрошенных. При этом возможность повышения благосостояния медицинских сотрудников путем введения рыночных отношений признали 70,8 % респондентов, но вместе с тем 43,8 % врачей считают, что работа в рыночных условиях не повлияет на качество оказываемых услуг. Кроме того, в исследовании выявлена высокая заинтересованность врачей в вопросах самообразования. Авторы делают вывод о необходимости повышения знаний врачей по вопросам обязательного и добровольного страхования в медицине и медицинской этики, совершенствования программы последипломного обучения с учетом данных аспектов, а также активизации профилактической работы путем эффективного взаимодействия служб, занимающихся профилактикой, диагностикой и лечением социально значимых заболеваний, передаваемых половым путем.

Что касается изучения данной проблемы за рубежом, то в последнее десятилетие большое внимание уделяется вопросам, связанным непосредственно с деятельностью медицинского персонала, который, по сути, играет центральную роль в процессе оказания услуг здравоохранения, но при этом к настоящему времени проведено мало исследований, касающихся вопросов мотивации врачей и их отношения к своим обязанностям и удовлетворенности своей профессиональной деятельностью (Mowday R. et all., 1979; Mills A. J., 1993, 1997; Martinez J., 1998; Propper C. D., 1996; Propper C. D., 1998; Goddard M. et al., 2000; Bennet S. et al., 2000).

Социологические исследования, проведенные C. Lutby et all. в госпитале Женевского Университета среди будущих врачей – интернов, клинических ординаторов и молодых практикующих врачей в 2004 г., были посвящены изучению мнения молодых специалистов об организационных, психологических и других аспектах работы в рамках выбранной специальности. Авторами были выявлены девять категорий проблем, возникающих у молодых специалистов, работающих в области медицины. Наиболее часто возникают проблемы коммуникативного характера – у 88 % опрошенных, 58 % молодых специалистов часто отмечают неуважительное отношение со стороны коллег и пациентов, при этом их тяготит необходимость вынужденного взаимодействия с сотрудниками подразделений. Исследователями выявлен большой разрыв между теоретической медицинской школой и практической деятельностью в условиях

клиники в 63 % случаев. До 29 % респондентов указывают на частые перегрузки в работе, обусловленные большим объемом работы и психологическим дискомфортом. В 50 % случаев врачи отмечают высокую степень ответственности перед пациентами, что требует высоких эмоциональных затрат. Лишь 8 % опрошенных указали на нехватку теоретических знаний по отдельным дисциплинам. Одной из значимых негативных причин были названы сложности в общении как с руководителями и врачами, занимающими вышестоящие должности, с молодыми специалистами, так и с медицинским персоналом в целом, отсутствие признания собственного статуса. Но вместе с тем переживания по поводу отсутствия возможности карьерного роста беспокоили 17 % респондентов. К обязательным требованиям к квалификации врачей все респонденты отнесли умение совмещать общетеоретические знания с практическими навыками, реализованное в персональном отношении к пациентам.

Несмотря на очевидную важность добросовестного выполнения работниками здравоохранения своих обязанностей и их мотивации с целью повышения качества и эффективности медицинских услуг, до последнего времени не только в РФ, но и за рубежом проводилось мало исследований, посвященных данной проблеме. В этой связи следует отметить работу B. McPake и соавт. (1999). Авторы статьи собрали данные о неформальной экономической деятельности медицинских сотрудников. На основании полученной информации они оценили завышение цен на медицинские услуги и расхождение между объемами лекарственных средств, предоставляемыми медицинскому учреждению, и теми объемами медикаментов, которые в реальности выдавались больным, что, по нашему мнению, свидетельствует о необходимости непрерывного учета оказанных медицинских услуг и используемых лекарственных средств.

В работе S. Bennet, D. Gzirishvili и R. Kanfer (2000) анализировалась информация о мотивации работников здравоохранения в Грузии и показателях работы республиканских больниц. В статьях S. Bennet, L. Franco (1999) и R. Kanfer (1999) была предпринята попытка создать подходящую методологию для развивающихся стран. В рамках предлагаемого подхода акцент делался на определяющих факторах поведения на индивидуальном, организационном и социально-культурном уровнях. Данные собирались путем проведения интервью, направленных на выявление мотивации медицинского персонала. Вопросы анкет базировались на психометрической шкале, используемой для изучения мотивации, и фокусировались на индивидуальных оценках работниками здравоохранения самих себя и своего рабочего окружения и показателей своей деятельности. Эти исследования проводились на небольших выборках и предполагали подробные обследования мотивации опрашиваемых. Такое ограничение иллюстриру-

ет сложность, присущую подобным измерениям поведения исследуемой группы. Особенно важны такие исследования при изучении мотивации в случае наличия жестких правил и стандартов поведения. Рассмотренные работы показывают, насколько важно исследование вопросов, относящихся к человеческим ресурсам в секторе здравоохранения, при проведении обследований медицинских учреждений.

Вопросам изучения коммуникативных проблем на рабочем месте посвящены работы L. Quine (2002), в которых отмечается отсутствие уважения со стороны старших коллег к молодым специалистам, что усиливает воздействие других негативных факторов. Социальная и медицинская значимость преодоления этих проблем подтверждается многими углубленными исследованиями в области организации здравоохранения Швейцарии и других европейских стран (Beagan B. L., 2000; Boul R., Girard G., 2003; Biaggi P., Peter S., Ulich E., 2003).

Оценке значимости последствий нескорректированной психоэмоциональной нагрузки в профессиональной деятельности врачей посвящены работы S. L. Shapiro, D. E. Shapiro, G. E. Schwartz (2000); M. E Horowitz, J. E. Drutz, E. Frug (2003). Авторы отмечают необходимость психологической разгрузки врачей, регуляции темпа работы, обсуждения коммуникативных проблем в формальной и неформальной обстановке.

По данным T. D. Shanafelt, K. A. Bradley, J. E. Wipf, A. L. Back (2003), 76 % опрошенных практикующих врачей указывают на наличие признаков эмоционального перенапряжения. Вместе с тем, по результатам других исследований, 23 % врачей отмечают, что стали циничными и менее чувствительными в отношении пациентов, реже испытывают сочувствие к больным, что также является немаловажной проблемой (Collier V. U., McCue J. D., Markus A., Smith L., 2002; Bellini L. M., Baime M., Shea A. J., 2002).

Таким образом, в отечественной и зарубежной литературе большое внимание уделяется вопросам организации условий труда и психологическому комфорту в работе врачей, в том числе и молодых специалистов. Широко используется система нематериальных мотивирующих факторов, таких, как обучение и повышение квалификации специалистов за счет лечебного учреждения с последующей отработкой на данном рабочем месте не менее пяти лет. Вместе с тем вопросы социальной поддержки врачей, оплаты труда медицинского персонала, взаимосвязи ее уровня с напряженностью, объемом и качеством работы зарубежными авторами освещаются недостаточно, но являются наиболее актуальными для лечебных учреждений отечественного здравоохранения. В проведенных ранее исследованиях не были выделены и не были детально изучены мотивирующие и демотивирующие факторы, влияющие на качество оказываемой

врачами медицинской помощи. В связи с этим считаем необходимыми и своевременными масштабные социологические исследования, касающиеся разработки и реализации научно-обоснованной комплексной системы мотивации профессиональной деятельности врачей, интернов и ординаторов в современных социально-экономических условиях.

Таким образом, необходимо изучение вопросов мотивации профессиональной деятельности врачей с целью совершенствования системы управления медицинским персоналом на уровне разработки технологий управления КВУ, что явилось концептуальной основой нашего исследования в данной области.

3.2. АНАЛИЗ КАДРОВОГО ПОТЕНЦИАЛА КОЖНО-ВЕНЕРОЛОГИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ (СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ, КВАЛИФИКАЦИОННЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ВРАЧЕЙ)

На сегодняшний день формирование системы трудовой мотивации для повышения качества специализированной медицинской помощи приобретает особую актуальность, поскольку мотивация, являясь одним из звеньев управленческого процесса, может рассматриваться как действенный механизм стимулирования врачей на более производительный и качественный труд. Современная ситуация в отечественном здравоохранении характеризуется разрывом между социальной значимостью труда врачей и его вознаграждением, что требует мер государственного регулирования.

Проблема повышения качества специализированной медицинской помощи не может быть решена только за счет новых финансовых вливаний в отрасль, необходимы разработка и принятие управленческих, методических и организационных решений (Михайлова Ю. В. и соавт., 2008; Музыка Д. Ю., 2007).

С целью изучения отношения врачей к сложившейся ситуации в отечественном здравоохранении в целом и в дерматовенерологии в частности и возможных путей ее решения нами было проведено социологическое исследование, посвященное подробному анализу условий труда и мотивационных предпочтений специалистов, работающих в КВУ различного квалификационного уровня на территории Свердловской, Курганской, Мурманской, Челябинской, Оренбургской, Пермской, Иркутской, Читинской областей, Республики Башкортостан. Результаты исследования представлены ниже.

Анкетирование проводилось с участием практических врачей, заведующих отделениями, главных врачей и их заместителей. Всего было изучено мнение 647 специалистов-дерматовенерологов, из них 117 (18,1±0,30%)* составили руководители (главные врачи, их заместители и заведующие отделениями), практические врачи-дерматовенерологи – 385 (59,6±0,38 %), врачи-лаборанты, работающие в КВУ, – 61 (9,4±0,23 %), клинические ординаторы и интерны по специальности «дерматовенерология» – 64 (9,9±0,23 %), профессора кафедр – 10 (1,5 ±0,05 %), доценты и ассистенты кафедр – 10 (1,5±0,05 %).

Анализ социально-демографического состава исследуемой выборки показал, что 75,9±0,33 % – женщины. В то же время в подгруппе руководителей удельный вес женщин был несколько ниже и составлял 68,2 %. Средний возраст женщин 41±8,1 года, мужчин 49±8,1 года. Большинство врачей, участвовавших в исследовании, состояли в браке – 65,7±0,37 %.

Изучение состава семей обследованного контингента выявило, что 69,6±0,38 % из них воспитывают одного–двух детей, трех и более детей – лишь 3,2±0,14 %, 27,2±0,33 % не имеют детей.

По возрастному составу нами выделено пять основных групп (табл. 3.1). Самая многочисленная группа в возрасте 31–40 лет (27,5±0,34 %), врачи в возрасте 24–30 лет составили 21,8±0,32 %, 41–50 лет – 21,8 ±0,31 %, 51–60 лет – 19,3 %. Удельный вес респондентов в возрасте старше 60 лет составлял 9,6 %.

Таблица 3.1

Возрастная структура респондентов (абс./ $p \pm S_p$*)

Возрастная группа респондентов, лет	Число ответивших	% от числа опрошенных $p \pm S_p$
24–30	141	21,8 ±0,32
31–40	178	27,5±0,34
41–50	141	21,8±0,32
51–60	125	19,3±0,30
Старше 60	62	9,6±0,23
Всего	647	100,0

*$(p \pm S_p)$ – здесь и далее доля встречаемости признака ± стандартная ошибка доли.

При анализе возрастно-половых характеристик выявлено, что самой многочисленной подгруппой были женщины в возрасте 31–40 лет – 20,7±0,3 % (134) (табл. 3.2).

Таблица 3.2

Распределение респондентов в соответствии с возрастно-половыми характеристиками, абс./ $p±S_p$

Пол	Возрастной период, лет					Всего
	24–30	31–40	41–50	51–60	Старше 60	
Мужской	23/3,6±0,1	44/6,8±0,2	39/6,0±0,2	29/4,5±0,2	16/2,5±0,1	151/23,3±0,3
Женский	118/18,2±0,3	134/20,7±0,3	102/15,8±0,3	96/14,8±0,3	46/7,1±0,2	496/76,7±0,3
Всего	141/21,8±0,3	178/27,5±0,3	141/21,8±0,3	125/19,3±0,3	62/9,6±0,2	647/100,0±0,0

В табл. 3.3 представлена возрастная структура респондентов в зависимости от занимаемой должности. Так, среди руководителей КВУ и их подразделений наибольший удельный вес 31,6±0,9 % составляли лица в возрасте 31–40 лет, среди практических врачей-дерматологов эта возрастная группа также была самой многочисленной и составила 31,4±0,5 %. Вместе с тем среди респондентов, работающих в лабораториях КВУ, наибольшую долю (45,9±2,0 %) составляли сотрудники в возрасте старше 51 года, что свидетельствует о необходимости привлечения к работе в лабораториях молодых сотрудников.

Таблица 3.3

Возрастная структура респондентов в зависимости от занимаемой должности, абс./ $p±S_p$

Возраст, лет	Занимаемые должности		
	Руководители КВУ и их подразделений n = 117	Врачи-дерматовенерологи n = 379	Врачи-лаборанты в КВУ n = 61
24–30	6,0±0,4	18,5±0,4	8,2±0,7
31–40	31,6±0,9	31,9±0,5	19,7±1,0
41–50	29,1±0,8	21,6±0,4	26,2±1,1
51–60	29,9±0,8	17,4±0,4	26,2±1,1
Старше 60	3,4±0,3	10,6±0,3	19,7±1,0
Всего	100,0±0,0	100,0±0,0	100,0±0,0

Анализ продолжительности трудового стажа показал, что 38,7±0,31 % специалистов проработали в здравоохранении более 20 лет (табл. 3.4), в то время как удельный вес врачей, имеющих стаж работы по специальности «дерматовенерология» более 20 лет, составлял 32,0±0,30 %. Дополнительный анализ выявил, что не все врачи работают в КВУ сразу после окончания вуза, 27,2 % опрошенных пришли в дерматовенерологию, уже имея первичную специализацию по другой специальности. В связи с этим 25,5±0,30 % врачей на момент исследования имели стаж по дерматовенерологии менее 5 лет. В табл. 3.5 приведена структура тех специальностей, из которых врачи, сделав осознанный выбор, пришли в дерматовенерологию.

Таблица 3.4

Распределение респондентов в зависимости от длительности общего трудового стажа, абс./ $p±S_p$

Длительность стажа, лет	Общий медицинский стаж		Стаж по специальности «дерматовенерология»	
	Абс.	$p±S_p$	Абс.	$p±S_p$
До 5	126	19,5±0,31	165	25,5±0,34
5–10	89	13,8±0,27	107	16,5±0,29
10–15	114	17,6±0,29	113	17,5±0,29
15–20	67	10,4±0,23	55	8,5±0,21
20–30	117	18,1±0,30	108	16,7±0,28
Свыше 30	134	20,7±0,31	99	15,3±0,27
Всего	647	100,0	647	100,0

Таблица 3.5

Структура специальностей респондентов, абс./$p±S_p$

Специальность	Число ответивших	% от числа отвечавших
Терапия	50	34,7±0,78
Педиатрия	45	31,3±0,76
Гинекология	8	5,6±0,37
Хирургия	6	4,2±0,33
Санитария	5	3,5±0,30
Эпидемиология	5	2,8±0,27

Инфекционные болезни	4	2,8±0,27
Профпатология	1	0,7±0,14
Фармация	2	1,4±0,19
Урология	2	1,4±0,19
Другие специальности	16	11,6±0,51
Всего	144	100,0

Наибольший удельный вес в структуре специальностей имеют терапия (34,7±0,78 %) и педиатрия (31,3±0,76 %) , что вполне закономерно, так как именно терапевты и педиатры, не имея другой узкой специализации, наиболее часто в своей работе встречаются с дерматологической патологией, при этом возникает производственная необходимость изучения данной специальности. Среди других специальностей следует отметить такие, как онкология, эндокринология, кардиология, неврология, анестезиология, стоматология, иммунология и аллергология. Выявлено, что в подгруппе врачей, у которых специальность «дерматовенерология» единственная, удельный вес респондентов, полностью удовлетворенных работой, достоверно выше (52,9 %), чем в подгруппе врачей, пришедших в дерматовенерологию из других специальностей (43,8 %) ($t = -2,075$, при $P_t = 0,038$ %*) (табл. 3.6).

Таблица 3.6

Распределение респондентов по признаку «специальность единственная» в подгруппах врачей с различной степенью удовлетворенности своей работой, $p \pm S_p$

Специальность единственная	Исследуемый признак: удовлетворены своей работой ($p \pm S_p$)					
	Да	Частично удовлетворены	Не удовлетворены	Без ответа	Всего	P_t*
Да	**## 52,9±0,5#**	43,4±0,5#	2,9±0,2#	0,7±0,1	100,0±0,0	<0,05
Нет	**## 43,8±0,7#**	51,1±0,7#	3,4±0,3#	1,7±0,2	100,0±0,0	
Без ответа	44,8±1,9	44,8±1,9	6,9±1,0	3,4±0,7	100,0±0,0	
Всего	50,1±0,4	45,6±0,4	3,2±0,1	1,1±0,1	100,0±0,0	

P_t#< 0,05 – статистическая значимость внутригрупповых различий.
P_t## < 0,04 – статистическая значимость межгрупповых различий.
Коэффициент Пирсона: +0,096, вероятность ошибки 1,5 %.

---

* P_t – здесь и далее статистическая значимость различий по критерию Стьюдента.

При исследовании корреляционной зависимости по табл. 3.6 установлена прямая взаимосвязь анализируемых признаков: при повышении удельного веса врачей, для которых дерматовенерология – единственная специальность, прогнозируется и повышение удовлетворенности работой (коэффициент Пирсона = +0,096).

Удельный вес врачей, имеющих квалификационную категорию, составлял 58,5 %, при этом специалистов с высшей и первой категориями было 51,1 % (331 врач) (табл. 3.7).

Таблица 3.7

Распределение респондентов в зависимости от квалификационной категории, абс./ $p \pm S_p$

Квалификационная категория	Число ответивших	% от числа отвечавших
Высшая	162	25,0±0,33
Первая	169	26,1±0,34
Вторая	48	7,4±0,20
Нет категории	257	39,7±0,38
Без ответа	11	1,7±0,10
Всего	647	100,0

Таким образом, 257 врачей были без категории, в их структуре 42,3±0,6 % имели стаж работы по специальности более 5 лет (табл. 3.8) и могли бы иметь квалификационную категорию.

Таблица 3.8

Распределение респондентов с различными квалификационными категориями в зависимости от стажа, $p \pm S_p$

Квалификационная категория	Исследуемый признак: стаж по специальности, лет ($p \pm S_p$)							
	До 5 n = 165	5–10 n = 107	10–15 n = 113	15–20 n = 55	20–30 n = 103	Свыше 30 n = 94	Без ответа n = 10	Всего
Высшая	0,0±0,0	3,7±0,3	14,8±0,5	13,0±0,5	33,3±0,7	32,1±0,7	3,1±0,3	100,0±0,0
Первая	3,6±0,3	15,4±0,5	33,1±0,7	14,8±0,5	18,9±0,6	13,6±0,5	0,6±0,1	100,0±0,0
Вторая	12,5±1,0	50,0±1,4	25,0±1,3	2,1±0,4	4,2±0,6	4,2±0,6	2,1±0,4	100,0±0,0
Нет категории	57,6±0,6	**19,8±0,5**	**7,0±0,3**	**3,1±0,2**	**5,8±0,3**	**5,8±0,3**	**0,8±0,1**	100,0±0,0

Окончание табл. 3.8

Без ответа	45,5±3,3	0,0±0,0	27,3±3,0	0,0±0,0	0,0±0,0	18,2±2,6	9,1±1,9	100,0±0,0
Всего	25,5±0,3	16,5±0,3	17,5±0,3	8,5±0,2	15,9±0,3	14,5±0,3	1,5±0,1	100,0±0,0

Коэффициент Крамера: 0,400, вероятность ошибки 0,1 %.
Критерий Хи-квадрат: 414,856, вероятность ошибки 0,1 %.
Коэффициент Гамма: –0,676, вероятность ошибки 0,0 %.
Коэффициент Пирсона: –0,612, вероятность ошибки 0,0 %.

Ученую степень имеют 8,8 % врачей (2,8 % – кандидата и 6,0 % доктора наук). Удельный вес врачей с ученым званием составил 3,3 % (профессор и доцент по специальности 1,4 ±0,09 и 0,8 ±0,07 % соответственно, профессор и доцент по кафедре 0,8 ±0,07 и 0,3 ±0,05 % соответственно).

Данные о том, как врачи оценивают свои профессиональные знания, представлены в табл. 3.9. Недостаточным свой уровень знаний по теоретическим вопросам дерматовенерологии считают 43,9±0,38 % респондентов, по вопросам организации здравоохранения и медицинской психологии 59,7±0,38 и 48,1±0,38 % соответственно.

Таблица 3.9

Оценка врачами достаточности уровня своих знаний по практическим и теоретическим аспектам дерматовенерологии и смежным специальностям, абс./ $p \pm S_p$

Уровень знаний достаточен	Число ответивших абс. (n = 647)		% от числа отвечавших $p \pm S_p$	
В вопросах практической дерматовенерологии				
Да	438	647	67,7 ±0,36	100,0
Нет	163		25,2±0,33	
Без ответа	46		7,1±0,20	
В теоретических вопросах дерматовенерологии				
Да	279	647	43,1 ±0,38	100,0
Нет	284		**43,9±0,38**	
Без ответа	84		13,0±0,26	
В вопросах организации здравоохранения				
Да	175	647	27,0±0,34	100,0
Нет	386		**59,7±0,38**	
Без ответа	86		13,3±0,26	

В вопросах медицинской психологии				
Да	253	647	39,1±0,38	100,0
Нет	311		**48,1±0,38**	
Без ответа	83		12,8±0,26	

Результаты двухмерного анализа оценки врачами своего уровня профессиональных знаний в различных возрастных подгруппах представлены в табл. 3.10.

Таблица 3.10

Распределение оценок врачами достаточности их уровня знаний в различных возрастных группах, $p \pm S_p$

Наличие достаточного уровня знаний	Возрастной период, лет					
	24–30	31–40	41–50	51–60	Старше 60	Всего
Да	**50,4±0,8**	**70,8±0,7**	**73,8±0,7**	**72,8±0,8**	**74,2±1,1**	67,7±0,4
Нет	46,1±0,8	24,7±0,6	18,4±0,6	17,6±0,7	9,7±0,7	25,2±0,3
Без ответа	3,5±0,3	4,5±0,3	7,8±0,4	9,6±0,5	16,1±0,9	7,1±0,2
	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
В теоретических вопросах дерматовенерологии						
Да	**44,7±0,8**	**44,9±0,7**	**43,3±0,8**	**40,0±0,9**	**40,3±1,2**	43,1±0,4
Нет	51,8±0,8	46,6±0,7	46,1±0,8	36,8±0,8	27,4±1,1	43,9±0,4
Без ответа	3,5±0,3	8,4±0,4	10,6±0,5	23,2±0,7	32,3±1,2	13,0±0,3
	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
В вопросах организации здравоохранения						
Да	**22,7±0,7**	**21,9±0,6**	**34,8±0,8**	**29,6±0,8**	**29,0±1,1**	27,0±0,3
Нет	72,3±0,7	70,2±0,7	54,6±0,8	46,4±0,9	38,7±1,2	59,7±0,4
Без ответа	5,0±0,4	7,9±0,4	10,6±0,5	24,0±0,7	32,3±1,2	13,3±0,3
	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
В вопросах медицинской психологии						
Да	**#48,2±0,8**	38,2±0,7	37,6±0,8	36,0±0,8	**#30,6±1,2**	39,1±0,4
Нет	47,5±0,8	54,5±0,7	51,1±0,8	40,8±0,9	38,7±1,2	48,1±0,4
Без ответа	4,3±0,3	7,3±0,4	11,3±0,5	23,2±0,7	30,6±1,2	12,8±0,3
	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Коэффициент Гамма: +0,218, вероятность ошибки 0,56 %.

Коэффициент Пирсона: +0,195, вероятность ошибки 0,00 %.

P_t# = 0,015 – статистическая значимость межгрупповых различий.

В более старших возрастных группах удельный вес респондентов, оценивающих своей уровень знаний в различных областях как достаточный, закономерно возрастает. В то же время статистически значимо установлено, что среди врачей в возрасте 24–30 лет удельный вес респондентов, считающих достаточным уровень своих знаний в области медицинской психологии, в 1,6 раза превышает таковой среди врачей в возрасте старше 60 лет ($t = -2{,}438$ при $P_t = 0{,}015$). Данный факт скорее всего свидетельствует о том, что специалисты старшего возраста более критически и требовательно относятся к себе и к уровню своих знаний и практических навыков.

В табл. 3.11 приведены данные о медицинских специальностях, по которым опрошенные хотели бы повысить уровень знаний.

Таблица 3.11

Распределение ответов респондентов о разделах медицинских специальностей, в которых необходимо повышение уровня знаний, абс./ $p \pm S_p$ (поливариантный признак*)

Специальности и их разделы	Число ответивших	% от числа ±% ошибки
ИППП, урология, андрология	194	30,0±0,36
Хронические дерматозы, генодерматозы	120	19,2±0,30
Косметология	94	14,5±0,27
Иммунология	61	9,4±0,23
Дерматоонкология	57	8,9±0,22
Лабораторная диагностика	48	8,7±0,22
Микология	53	8,2±0,21
Психология	51	7,9±0,21
Общественное здоровье, экономика и менеджмент в здравоохранении, право	31	4,9±0,17
Терапия	21	3,2±0,14
Фармакология	19	2,9±0,13
Физиотерапия	16	2,6±0,12
Гинекология	16	2,6±0,12
Эндокринология	12	1,9±0,10
Трихология	11	1,7±0,10
Новые медицинские технологии	11	1,7±0,10

Окончание табл. 3.11

Помощь при неотложных состояниях	8	1,4±0,09
Гастроэнтерология	8	1,4±0,09
Другие специальности и их разделы	29	4,7±0,16
Без ответа	150	23,2±0,32

* Сумма не имеет смысла, поскольку один опрошенный мог дать несколько ответов одновременно. Среднее число ответов на одного опрошенного 1,8.

Таким образом, в комплексной системе мотивации необходимо использовать такой механизм, как дополнительное тематическое обучение за счет КВУ (не только на циклах повышения квалификации врачей).

Выявлено, что на профессиональный выбор 31,7±0,36 % (205 респондентов) оказало влияние наличие в семье врачей (семейная преемственность). Но при этом среди данной подгруппы респондентов удовлетворенных своей работой 48,8±0,7 %, что не отличается существенно от такового показателя среди подгруппы опрошенных, у которых в семье не было врачей ($P_t > 0{,}05$). Не выявлено статистически значимой зависимости между отсутствием или наличием у опрошенных чувства разочарования в выбранной профессии и удовлетворенности результатами своего труда от факта влияния на профессиональный выбор респондентов наличия врачей в семье ($P > 0{,}05$) (табл. 3.12, 3.13). Выявлена слабая статистическая связь взаимного влияния данных признаков.

Таблица 3.12

Распределение респондентов по признаку «наличие врачей в семье» в подгруппах врачей с различной степенью удовлетворенности своей работой, $p \pm S_p$

Степень удовлетворенности своей работой	Влияние на выбор наличия врачей в семье, $p \pm S_p$			
	Да	Нет	Без ответа	Всего
Удовлетворены	30,9±0,5	65,4±0,5	3,7±0,2	100,0±0,0
Частично удовлетворены	33,6±0,5	64,4±0,5	2,0±0,2	100,0±0,0
Не удовлетворены	19,0±1,8	66,7±2,1	14,3±1,6	100,0±0,0
Без ответа	28,6±4,0	42,9±4,4	28,6±4,0	100,0±0,0
Всего	31,7±0,4	64,8±0,4	3,6±0,1	100,0±0,0

Коэффициент Крамера: 0,134, вероятность ошибки 0,1 %.
Критерий Хи-квадрат: 23,100, вероятность ошибки 0,1 %.

Таблица 3.13

Распределение респондентов по признаку «наличие врачей в семье» в подгруппах врачей в зависимости от признака «частота возникновения чувства разочарования в профессии», $p \pm S_p$

Частота возникновения чувства разочарования в выбранной профессии	Влияние на выбор наличия врачей в семье, $p \pm S_p$			
	Да	Нет	Без ответа	Всего
Часто	40,6±1,8	56,3±1,8	3,1±0,6	100,0±0,0
Иногда	30,5±0,5	65,4±0,5	4,1±0,2	100,0±0,0
Никогда	32,6±0,5	64,5±0,5	2,9±0,2	100,0±0,0
Без ответа	0,0±0,0	85,7±3,1	14,3±3,1	100,0±0,0
Всего	31,7±0,4	64,8±0,4	3,6±0,1	100,0±0,0

При ранжировании факторов, способствующих разочарованию врачей в выбранной профессии (поливариантный признак), первые два места занимают низкая заработная плата (55,9±0,38 %) – 361 респондент и отсутствие со стороны окружающих признания значимости их труда (17,6±0,29 %) – 114 респондентов. Кроме того, 8,0±0,21 % респондентов указывают в качестве одной из причин разочарование в выбранной профессии, 4,8±0,13 % – плохие отношения с руководством и в медицинском коллективе.

Среди факторов, способствующих разочарованию, удельный вес тяжелых условий труда невысок, но при этом в возрастной группе 24–30 лет этот фактор указывается в 3 раза чаще, чем в возрастной группе 41–50 лет: 10,7±0,5 и 3,5±0,3 % ($t = -2{,}356$, при $P_t = 0{,}018$) (табл. 3.14).

В целом выявлен высокий удельный вес респондентов, указавших среди факторов, способствующих разочарованию, низкий уровень заработной платы, при этом в возрастной группе 24–30 лет на этот фактор указывается достоверно чаще (в 1,4 раза), чем среди врачей в возрасте старше 60 лет ($t = -2{,}405$ при $P_t = 0{,}016$).

Таблица 3.14

Встречаемость факторов, способствующих разочарованию в профессии, среди респондентов различных возрастных групп, $p \pm S_p$ (поливариантный признак*)

Факторы, способствующие разочарованию в профессии	Исследуемый признак: возрастной период, лет, $p \pm S_p$					Всего
	24–30	31–40	41–50	51–60	Старше 60	
Тяжелые условия труда	**##10,7±0,5**	9,0±0,4	**##3,5±0,3**	9,6±0,5	6,5±0,6	8,0±0,2

Окончание табл. 3.14

Низкая зарплата	**##60,0±0,8**	53,9±0,7	63,8±0,8	52,0±0,9	**##41,9±1,2**	55,9±0,4
Отсутствие значимости своего труда	**##13,6±0,6**	**##16,9±0,5**	**##18,4±0,6**	**##22,4±0,7**	17,7±1,0	17,6±0,3
Плохие отношения с руководителем	3,6±0,3	2,2±0,2	3,5±0,3	0,8±0,2	3,2±0,4	2,6±0,1
Плохие отношения в коллективе	2,1±0,2	**##1,1±0,2**	2,1±0,2	**##5,6±0,4**	0,0±0,0	2,3±0,1
Без ответа	32,9±0,8	36,5±0,7	25,5±0,7	35,2±0,8	48,4±1,3	34,2±0,4
Всего	100,0±0,0	100,0±0,0	100,0±0,0	100,0±0,0	100,0±0,0	100,0±0,0

P_t## $< 0{,}018$ – статистическая значимость межгрупповых различий.

* Сумма не имеет смысла, так как среднее число ответов на одного опрошенного 1,7.

Удельный вес респондентов, отметивших отсутствие социальной значимости своего труда как фактор, способствующий разочарованию в профессии, возрастает в более старших возрастных подгруппах: от 13,6 % среди лиц 24–30 лет до 22,4 % в возрастной группе 51–60 лет, что свидетельствует о значимости внутренних мотивов труда врачей.

Выявлен низкий удельный вес респондентов, указавших среди факторов, способствующих разочарованию, плохие взаимоотношения в коллективе, но при этом в возрастной группе 51–60 лет на этот фактор указывается достоверно чаще, чем среди врачей в возрасте 31–40 лет (5,6 и 1,1 % соответственно) ($t = 2{,}032$ при $P_t = 0{,}042$). Нами не установлено достоверных различий в значимости такого фактора, способствующего разочарованию, как плохие отношения с руководителем, для респондентов различных возрастных групп.

При сравнительном анализе респондентов по полу нами не выявлено статистически значимых различий в частоте встречаемости различных факторов, являющихся причиной разочарования врачей, за исключением тяжелых условий труда; среди респондентов женского пола этот фактор, как способствующий разочарованию в профессии, указывался достоверно чаще, чем среди мужчин (9,1 и 4,6 % соответственно) ($t = –2{,}048$ при $P_t = 0{,}038$) (табл. 3.15). При исследовании не выявлено корреляционной зависимости.

Таблица 3.15

Встречаемость факторов, способствующих разочарованию в профессии в зависимости от пола респондентов, $p \pm S_p$ (поливариантный признак*)

Пол респондентов	Факторы, способствующие разочарованию в профессии						
	Тяжелые условия труда	Низкая зарплата	Отсутствие значимости своего труда	Плохие отношения с руководителем	Плохие отношения в коллективе	Без ответа	Всего
Мужской	**#4,6±0,3**	55,6±0,8	17,9±0,6	4,0±0,3	3,3±0,3	33,1±0,8	100,0±0,0
Женский	**#9,1±0,3**	56,0±0,4	17,6±0,3	2,2±0,1	2,0±0,1	34,5±0,4	100,0±0,0
Всего	8,0±0,2	55,9±0,4	17,6±0,3	2,6±0,1	2,3±0,1	34,2±0,4	100,0±0,0

P_t# = 0,038 – статистическая значимость межгрупповых различий.

* Сумма не имеет смысла, так как среднее число ответов на одного опрошенного 1,6.

При оценке отношения врачей к своей специальности 77,4±0,32 % (501 респондент) ответили, что выбранная специальность нравится, 78,7±0,36 % (506 респондентов) считают, что дерматовенерология не хуже многих других специальностей, 56,7±0,31 % (367 респондентов) считают дерматовенерологию одной из лучших, и 50,1±0,27 % (324 респондента) могут сказать, что дерматовенерология – одна из самых лучших специальностей (поливариантный признак).

Анализ показал, что 45,6 % врачей лишь частично удовлетворены и 3,2 % совсем не удовлетворены работой и результатами своей профессиональной деятельности (табл. 3.16).

Таблица 3.16

Распределение ответов об удовлетворенности своей работой в зависимости от возраста респондентов, $p \pm S_p$

Степень удовлетворенности своей работой	Исследуемый признак: возрастной период, лет, $p \pm S_p$					Всего
	24–30	31–40	41–50	51–60	Старше 60	
Да	***39,0±0,8**	45,5±0,7	51,8±0,8	***60,8±0,9**	62,9±1,2	50,1±0,4
Частично удовлетворены	***55,3±0,8**	51,1±0,7	44,7±0,8	***35,2±0,8**	30,6±1,2	45,6±0,4
Не удовлетворены	5,7±0,4	2,2±0,2	3,5±0,3	2,4±0,3	1,6±0,3	3,2±0,1
Без ответа	0,0±0,0	1,1±0,2	0,0±0,0	1,6±0,2	4,8±0,5	1,1±0,1
Всего	100,0±0,0	100,0±0,0	100,0±0,0	100,0±0,0	100,0±0,0	100,0±0,0

Коэффициент Гамма: –0,213, вероятность ошибки 1,04 %.
Коэффициент Пирсона: –0,119, вероятность ошибки 0,24 %.
P_t* < 0,05 – статистическая значимость межгрупповых различий.

Выявлено, что в возрастной группе 24–30 лет удельный вес удовлетворенных работой был достоверно ниже удельного веса только частично удовлетворенных своей работой (39,0 и 55,3 % соответственно) (t = 2,781 при P_t = 0,005). И наоборот, в возрастной группе 51–60 лет удельный вес удовлетворенных работой был достоверно выше удельного веса только частично удовлетворенных своей работой (60,8 и 35,2 % соответственно) (t = 4,191 при P_t = 0,0001).

Таким образом, при анализе выявлено, что в более старших возрастных группах удельный вес неудовлетворенных и только частично удовлетворенных своей работой меньше, чем в возрастных группах респондентов 24–30 лет, что подтверждается выявленной корреляционной зависимостью (коэффициент Пирсона = –0,119). Соответственно разъяснительно-психологическая работа со стороны руководства в медицинском коллективе (как один из мотивирующих факторов) должна быть адресной направленности, а в молодых возрастных группах – более интенсивной.

3.3. АНАЛИЗ МОТИВАЦИОННЫХ ПРЕДПОЧТЕНИЙ ВРАЧЕЙ, ИССЛЕДОВАНИЕ ИХ ЦЕННОСТНЫХ ОРИЕНТИРОВ В ПРОЦЕССЕ ТРУДА, СТЕПЕНИ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ И ВЛИЯЮЩИХ НА НЕЕ ФАКТОРОВ

Трудовой мотив – это непосредственное побуждение сотрудников к деятельности, связанное с удовлетворением их потребностей. Важнейшей стороной жизни человека является принадлежность к определенной социально-профессиональной группе, которая во многом определяет мотивы его работы. Следующий раздел исследования посвящен выявлению основных потребностей врачей КВУ и причин их неудовлетворенности условиями и результатами своей профессиональной деятельности, а также основных побуждений, мотивов для определения возможных стимулов их профессиональной деятельности.

Согласно процессуальной теории мотивации Портера–Лоулера высокая результативность труда является причиной полного удовлетворения работой, а не его следствием. В связи с этим нами была проанализирована степень удовлетворенности врачей своей профессиональной деятельностью и ее взаимосвязь с другими аспектами этой деятельности, состоянием

здоровья респондентов и уровнем их благосостояния. При этом наиболее важным для принятия управленческих решений является работа в подгруппах с низким уровнем удовлетворенности своей работой.

Удельный вес опрошенных, не удовлетворенных и только частично удовлетворенных своей работой (табл. 3.17), значителен во всех подгруппах респондентов, занимающих различные должности, и варьирует, от 57,8 до 20,0 %, при этом среди практикующих врачей и клинических ординаторов он был достоверно выше, чем среди руководителей КВУ и их подразделений (t = 2,2426 при P_t = 0,025 и t = 2,343 при P_t = 0,02). В целом врачи-дерматовенерологи поликлинических и стационарных отделений, не удовлетворенные и только частично удовлетворенные своей работой, составляют 30,3 % от общего числа ответивших.

Важным является тот факт, что среди практических врачей и клинических ординаторов доля респондентов, только частично удовлетворенных своей работой, достоверно выше, чем среди руководителей КВУ и их подразделений, – 48,3 и 54,7 % против 36,8 % (t = 2,242 при P_t = 0,005; t = 2,343 при P_t = 0,02).

Таблица 3.17

Удовлетворенность респондентов своей работой в зависимости от занимаемой должности, $p \pm S_p$

Степень удовлетворенности своей работой	Исследуемый признак: должности респондентов, $p \pm S_p$							
	Руководители КВУ и зав. отделениями	Врачи-дерматовенерологи	Ординаторы	Врачи-лаборанты	Профессора кафедр	Доценты кафедр	Ассистенты кафедр	Всего
Удовлетворены	60,7±0,9	47,5±0,5	42,2±1,2	50,8±1,3	70,0±3,2	66,7±8,7	42,9±4,4	50,1±0,4
Частично удовлетворены	**#36,8±0,9**	**#48,3±0,5**	**#54,7±1,2**	42,6±1,3	10,0±2,1	33,3±8,7	57,1±4,4	45,6±0,4
Не удовлетворены	**#1,7±0,2**	**#3,4±0,2**	**#3,1±0,4**	3,3±0,5	10,0±2,1	0,0±0,0	0,0±0,0	3,2±0,1
Без ответа	0,9±0,2	0,8±0,1	0,0±0,0	3,3±0,5	10,0±2,1	0,0±0,0	0,0±0,0	1,1±0,1
Всего	100,0±0,0	100,0±0,0	100,0±0,0	100,0±0,0	100,0±0,0	100,0±0,0	100,0±0,0	100,0±0,0

Коэффициент Крамера: 0,147, вероятность ошибки 3,0 %.

P_t# < 0,025 – статистическая значимость межгрупповых различий.

В структуре частично удовлетворенных своей работой удельный вес практических врачей-дерматовенерологов составляет 62,0 % , что в 4,2 раза выше, чем руководителей ЛПУ (t = –13,585 при P_t = 0,001), в 7,0 раз выше, чем врачей-лаборантов (t = –21,620 при P_t = 0,001), в 5,2 раза выше чем клинических ординаторов (t = –14,677 при P_t = 0,001). Структура занимаемых должностей среди респондентов, полностью неудовлетворенных своей работой, аналогична (P = 0,001) (табл. 3.18).

Таблица 3.18

Удовлетворенность респондентов своей работой в зависимости от занимаемой должности, $p \pm S_p$ (в % по строкам)

Степень удовлетворенности своей работой	Исследуемый признак: должность респондентов, $p \pm S_p$								
	Руководитель	Врач-дерматовенеролог	Ординатор	Лаборант	Профессор	Доцент	Ассистент	Не указано	Всего
Удовлетворены	21,9±0,5	55,6±0,5	8,3±0,3	9,6±0,3	2,2±0,2	0,6±0,1	0,9±0,1	0,9±0,1	100,0±0,0
Частично удовлетворены	***14,6±0,4**	***62,0±0,6**	***11,9±0,4**	***8,8±0,3**	0,3±0,1	0,3±0,1	1,4±0,1	0,7±0,1	100,0±0,0
Не удовлетворены	9,5±1,3	61,9±2,2	9,5±1,3	9,5±1,3	4,8±1,0	0,0±0,0	0,0±0,0	4,8±1,0	100,0±0,0
Без ответа	14,3±3,1	42,9±4,4	0,0±0,0	28,6±4,0	14,3±3,1	0,0±0,0	0,0±0,0	0,0±0,0	100,0±0,0
Всего	18,1±0,3	58,6±0,4	9,9±0,2	9,4±0,2	1,5±0,1	0,5±0,1	1,1±0,1	0,9±0,1	100,0±0,0

P_t* = 0,001 – статистическая значимость внутригрупповых различий.

Установлено, что среди врачей, только частично удовлетворенных своей работой, 52,9 % считают, что в КВУ не в полной мере созданы условия для реализации их профессиональных знаний, на полное отсутствие таковых указывают 5,1 % (табл. 3.19). Среди врачей, полностью неудовлетворенных своей работой, данные показатели составляли 33,3 и 14,3 % соответственно.

Таблица 3.19

Распределение мнений о наличии условий для реализации профессиональных знаний среди респондентов с различной степенью удовлетворенности своей работой, $p \pm S_p$

Степень удовлет-воренности своей работой	Исследуемый признак: наличие условий для реализации знаний, $p \pm S_p$				
	Да	Не в полной мере	Нет	Без ответа	Всего
Да	73,8±0,5	20,7±0,4	3,4±0,2	2,2±0,2	100,0±0,0
Частично удовлетворены	39,7±0,6	**##52,9±0,6#**	**##5,1±0,3#**	2,4±0,2	100,0±0,0
Не удовлетворены	52,4±2,3	**##33,3±2,1#**	**##14,3±1,6#**	0,0±0,0	100,0±0,0
Без ответа	28,6±4,0	28,6±4,0	0,0±0,0	42,9±4,4	100,0±0,0
Всего	57,0±0,4	35,9±0,4	4,5±0,2	2,6±0,1	100,0±0,0

Коэффициент Крамера: 0,256, вероятность ошибки 0,1 %.
Критерий Хи-квадрат: 127,310, вероятность ошибки 0,1 %.
Коэффициент Гамма: +0,506, вероятность ошибки 0,0 %.
Коэффициент Пирсона: +0,276, вероятность ошибки 0,0 %.
P_t# < 0,05 – статистическая значимость внутригрупповых различий.
P_t## < 0,05 – статистическая значимость межгрупповых различий.

Выявлена прямая корреляционная связь: с ростом одной переменной прогнозируется увеличение другой (коэффициент Пирсона = +0,276). Учитывая, что среди способов стимулирования профессиональной деятельности в современном менеджменте значительную роль занимают условия труда, мы проанализировали оценки различных аспектов условий труда врачей в зависимости от степени их удовлетворенности работой. Среди респондентов, полностью неудовлетворенных своей работой, 42,9 % врачей не удовлетворены организацией лечебно-диагностического процесса в КВУ и его управлением, что в 3,8 раза больше, чем среди только частично удовлетворенных работой и в 5,4 раза больше, чем среди удовлетворенных своей профессиональной деятельностью. Кроме того, в структуре не удовлетворенных работой 38,1 % врачей только отчасти удовлетворены организацией и управлением в КВУ; 9,5 % респондентов уклонились от ответа (табл. 3.20).

Таблица 3.20

Оценка врачами условий труда в организационно-управленческом плане среди респондентов с различной степенью удовлетворенности своей работой, $p \pm S_p$

Степень удовлетворенности своей работой	Исследуемый признак: удовлетворительные условия труда в организационном плане, $p \pm S_p$				
	Да	Отчасти	Нет	Без ответа	Всего
Удовлетворены	**##57,1±0,5#**	28,4±0,5	**##8,0±0,3#**	6,5±0,3	100,0±0,0
Частично удовлетворены	26,4±0,5	**##57,3±0,6#**	**##11,2±0,4#**	5,1±0,3	100,0±0,0
Не удовлетворены	**##9,5±1,3#**	**##38,1±2,2#**	**##42,9±2,2#**	**9,5±1,3#**	100,0±0,0
Без ответа	42,9±4,4	28,6±4,0	0,0±0,0	28,6±4,0	100,0±0,0
Всего	41,4±0,4	41,9±0,4	10,5±0,2	6,2±0,2	100,0±0,0

Коэффициент Крамера: 0,256, вероятность ошибки 0,1 %.
Критерий Хи-квадрат: 127,310, вероятность ошибки 0,1 %.
Коэффициент Гамма: +0,506, вероятность ошибки 0,0 %.
Коэффициент Пирсона: +0,276, вероятность ошибки 0,001 %.
P_t# < 0,05 – статистическая значимость внутригрупповых различий.
P_t## < 0,05 – статистическая значимость межгрупповых различий.

В структуре респондентов, только частично удовлетворенных своей работой, 11,2 % врачей не удовлетворены организационно-управленческими аспектами, 57,3 % только отчасти удовлетворены.

Нами установлены достоверные различия в удельном весе респондентов с различной степенью оценки организации непосредственно рабочего места врача среди лиц, удовлетворенных и неудовлетворенных своей работой. Так, удельный вес врачей, дающих крайне негативную оценку организации своего рабочего места, среди респондентов, полностью неудовлетворенных работой, в 4,0 раза выше (t = –2,156 при P_t = 0,031), чем среди удовлетворенных (t = 4,621 при P_t = 0,001) (табл. 3.21). Доля врачей, лишь отчасти удовлетворенных организацией рабочего места, в структуре респондентов, частично удовлетворенных своей работой, в 1,6 раза выше, чем среди врачей, полностью удовлетворенных работой (t = –4,310 при P_t = 0,001).

Таблица 3.21

Оценка врачами организации рабочего места среди респондентов с различной степенью удовлетворенности своей работой, $p \pm S_p$

Степень удовлетворенности своей работой	Исследуемый признак: удовлетворенность организацией рабочего места, $p \pm S_p$				
	Да	Не в полной мере	Нет	Без ответа	Всего
Удовлетворены	**##56,5±0,5**	**##29,9±0,5#**	**##7,1±0,3#**	6,5±0,3	100,0±0,0
Частично удовлетворены	29,2±0,5	**##47,8±0,6#**	**18,6±0,4**	4,4±0,2	100,0±0,0
Не удовлетворены	**##14,3±1,6**	**42,9±2,2#**	**##28,6±2,1#**	14,3±1,6	100,0±0,0
Без ответа	42,9±4,4	28,6±4,0	0,0±0,0	28,6±4,0	100,0±0,0
Всего	42,5±0,4	38,5±0,4	13,0±0,3	6,0±0,2	100,0±0,0

Коэффициент Крамера: 0,256, вероятность ошибки 0,1 %.
Критерий Хи-квадрат: 127,310, вероятность ошибки 0,1 %.
Коэффициент Гамма: +0,506, вероятность ошибки 0,0 %.
Коэффициент Пирсона: +0,276, вероятность ошибки 0,0 %.
P_t# = 0,031 – статистическая значимость внутригрупповых различий.
P_t# # = 0,001 – статистическая значимость межгрупповых различий.

Таким образом, выявлена прямая корреляционная связь: при повышении удовлетворенности врачей своим рабочим местом и принципами организации и управления лечебным процессом в КВУ растет в целом степень удовлетворенности профессиональной деятельностью (коэффициент Пирсона = +0,276), что свидетельствует о положительном влиянии эффективной организации рабочего места врачей не только на производительность их труда, но и на формирование у врачей отношения к работе.

В сравнении с анализируемыми выше аспектами условий труда достоверных различий в оценке межличностных отношений в трудовом коллективе среди респондентов с различной степенью удовлетворенности своей работой не выявлено (P_t > 0,05). Тем не менее удельный вес респондентов, давших крайне негативную оценку отношениям в коллективе КВУ в структуре врачей, неудовлетворенных своей работой, составил 14,3 % (табл. 3.22).

Таблица 3.22

Оценка врачами межличностных отношений в коллективе среди респондентов с различной степенью удовлетворенности своей работой, $p \pm S_p$

Степень удовлетворенности своей работой	Исследуемый признак: удовлетворительные отношения в коллективе, $p \pm S_p$				
	Да	Частично удовлетворен	Нет	Без ответа	Всего
Удовлетворены	60,5±0,5	25,6±0,5	4,6±0,2	9,3±0,3	100,0±0,0
Частично удовлетворены	46,4±0,6	**41,4±0,6**	**5,8±0,3**	6,4±0,3	100,0±0,0
Не удовлетворены	38,1±2,2	**28,6±2,1**	**14,3±1,6**	19,0±1,8	100,0±0,0
Без ответа	57,1±4,4	0,0±0,0	0,0±0,0	42,9±4,4	100,0±0,0
Всего	53,3±0,4	32,6±0,4	5,4±0,2	8,7±0,2	100,0±0,0

Коэффициент Крамера: 0,256, вероятность ошибки 0,1 %.
Критерий Хи-квадрат: 127,310, вероятность ошибки 0,1 %.
Коэффициент Гамма: +0,205, вероятность ошибки 3,0 %.
Коэффициент Пирсона: +0,109, вероятность ошибки 0,5 %.

Невысокую значимость анализируемого аспекта подтверждает отсутствие достоверных различий в оценке респондентов частоты возникновения конфликтов с сослуживцами среди врачей с различной степенью удовлетворенности своей работой ($P_t > 0{,}05$) (табл. 3.23).

Таблица 3.23

Оценка частоты возникновения конфликтов с сослуживцами среди респондентов с различной степенью удовлетворенности своей работой, $p \pm S_p$

Степень удовлетворенности своей работой	Исследуемый признак: частота возникновения конфликтов с сослуживцами, $p \pm S_p$						
	Очень часто	Часто	Редко	Очень редко	Никогда	Без ответа	Всего
Да	0,9±0,1	1,2±0,1	22,8±0,5	54,3±0,5	20,1±0,4	0,6±0,1	100,0±0,0
Частично удовлетворен	**0,3±0,1**	**2,0±0,2**	**23,7±0,5**	56,3±0,6	16,6±0,4	1,0±0,1	100,0±0,0

Окончание табл. 3.23

Не удовлетворен	**9,5±1,3**	**0,0±0,0**	**38,1±2,2**	38,1±2,2	14,3±1,6	0,0±0,0	100,0±0,0
Без ответа	0,0±0,0	0,0±0,0	14,3±3,1	42,9±4,4	28,6±4,0	14,3±3,1	100,0±0,0
Всего	0,9±0,1	1,5±0,1	23,6±0,3	54,6±0,4	18,4±0,3	0,9±0,1	100,0±0,0

Установлена прямая корреляционная зависимость (коэффициент Пирсона = +0,148): среди врачей, не удовлетворенных материальным положением своей семьи, удельный вес респондентов с низким уровнем удовлетворенности работой в 5,6 раза выше, чем среди удовлетворенных своим материальным положением (t = 2,507 при P_t =0,001) (табл. 3.24).

Таблица 3.24

Оценка удовлетворенности материальным положением семьи среди респондентов с различной степенью удовлетворенности своей работой, $p \pm S_p$

Степень удовлетворенности своей работой	Исследуемый признак: удовлетворенность материальным положением семьи, $p \pm S_p$				
	Удовлетворены	Частично удовлетворены	Не удовлетворены	Без ответа	Всего
Удовлетворены	68,2±1,0	48,8±0,5	44,5±0,7	50,0±4,1	50,1±0,4
Частично удовлетворены	30,7±1,0	47,9±0,5	48,3±0,7	37,5±3,9	45,6±0,4
Не удовлетворены	**##1,1±0,2**	2,1±0,2	**##6,2±0,3**	0,0±0,0	3,2±0,1
Без ответа	0,0±0,0	1,2±0,1	0,9±0,1	12,5±2,7	1,1±0,1
Всего	100,0±0,0	100,0±0,0	100,0±0,0	100,0±0,0	100,0±0,0

Коэффициент Крамера: 0,127, вероятность ошибки 0,1 %.
Коэффициент Пирсона: +0,148, вероятность ошибки 0,0 %.
Критерий Хи-квадрат: 31,443, вероятность ошибки 0,1 %.
P_t# # = 0,001 – статистическая значимость межгрупповых различий.

Как видно из табл. 3.25, в структуре не удовлетворенных своей работой более половины (61,9 %) не удовлетворены материальным положением своей семьи, что в 12,9 раза больше доли удовлетворенных им врачей.

Кроме того, удельный вес не удовлетворенных материальным положением семьи в 2,1 раза выше среди неудовлетворенных работой, чем среди удовлетворенных (различия достоверны, $t = -3{,}020$ при $Pt = 0{,}003$).

Таблица 3.25

Оценка удовлетворенности материальным положением семьи среди респондентов с различной степенью удовлетворенности своей работой, $p \pm S_p$

Степень удовлетворенности своей работой	Исследуемый признак: удовлетворение материальным положением семьи, $p \pm S_p$				
	Удовлетворен	Частично удовлетворен	Не удовлетворен	Без ответа	Всего
Да	18,5±0,4	51,2±0,5	**##29,0±0,5**	1,2±0,1	100,0±0,0
Частично удовлетворены	9,2±0,3	55,3±0,6	34,6±0,5	1,0±0,1	100,0±0,0
Не удовлетворены	**4,8±1,0#**	33,3±2,1	**##61,9±2,2#**	0,0±0,0	100,0±0,0
Без ответа	0,0±0,0	57,1±4,4	28,6±4,0	14,3±3,1	100,0±0,0
Всего	13,6±0,3	52,6±0,4	32,6±0,4	1,2±0,1	100,0±0,0

Коэффициент Крамера: 0,127, вероятность ошибки 0,1 %.
Коэффициент Пирсона: +0,148, вероятность ошибки 0,0 %.
Критерий Хи-квадрат: 31,443, вероятность ошибки 0,1 %.
P_t# = 0,001 – статистическая значимость внутригрупповых различий.
P_t## = 0,003 – статистическая значимость межгрупповых различий.

Кроме того, выявлено, что среди лиц, не удовлетворенных своей работой (табл. 3.26), удельный вес респондентов, часто испытывающих усталость, в 2,0 раза выше, чем среди лиц, удовлетворенных своей работой (различия достоверны: $t = -2{,}397$ при $P_t = 0{,}016$).

Таблица 3.26

Оценка частоты возникновения усталости у респондентов с различной степенью удовлетворенности своей работой, $p \pm S_p$

Степень удовлетворенности своей работой	Исследуемый признак: частота возникновения усталости, $p \pm Sp$				
	Часто	Время от времени	Редко	Без ответа	Всего
Да	**##25,6±0,5**	56,5±0,5	17,6±0,4	0,3±0,1	100,0±0,0

Окончание табл. 3.26

Частично удовлетворены	35,3±0,5	55,6±0,6	8,8±0,3	0,3±0,1	100,0±0,0
Не удовлетворены	**##52,4±2,3**	42,9±2,2	4,8±1,0	0,0±0,0	100,0±0,0
Без ответа	0,0±0,0	100,0±0,0	0,0±0,0	0,0±0,0	100,0±0,0
Всего	30,6±0,4	56,1±0,4	13,0±0,3	0,3±0,0	100,0±0,0

Коэффициент Крамера: 0,112, вероятность ошибки 1,0 %.
Критерий Хи-квадрат: 24,547, вероятность ошибки 1,0 %.
Коэффициент Гамма: –0,250, вероятность ошибки 0,96 %.
Коэффициент Пирсона: –0,137, вероятность ошибки 0,07 %.
P_t## = 0,016 – статистическая значимость межгрупповых различий.

В целом выявлена обратная корреляционная зависимость (коэффициент Пирсона = –0,137): при снижении степени удовлетворенности работой возрастает частота возникновения у врачей усталости, что соответственно негативно сказывается на состоянии здоровья респондентов и результативности их труда.

Среди респондентов (табл. 3.27), давших крайне негативную оценку состояния своего здоровья – «плохое», удельный вес врачей, только частично удовлетворенных своей работой, достоверно выше, чем врачей, полностью удовлетворенных работой (68,0 и 28,0 % соответственно), (t = –3,089 при P_t = 0,01).

Таблица 3.27

Оценка состояния своего здоровья среди респондентов с различной степенью удовлетворенности своей работой, $p \pm S_p$

Степень удовлетворенности своей работой	Исследуемый признак: состояние здоровья, $p \pm S_p$					
	Очень хорошее	Хорошее	Удовлетворительное	Плохое	Без ответа	Всего
Да	58,6±1,9	51,6±0,7	50,1±0,5	**#28,0±1,8**	44,4±3,7	50,1±0,4
Частично удовлетворены	34,5±1,8	45,2±0,7	45,5±0,5	**#68,0±1,9**	33,3±3,6	45,6±0,4
Не удовлетворены	3,4±0,7	2,3±0,2	3,6±0,2	4,0±0,8	11,1±2,4	3,2±0,1
Без ответа	3,4±0,7	0,9±0,1	0,8±0,1	0,0±0,0	11,1±2,4	1,1±0,1
Всего	100,0±0,0	100,0±0,0	100,0±0,0	100,0±0,0	100,0±0,0	100,0±0,0

P_t# = 0,01 – статистическая значимость внутригрупповых различий.

Анализ отношения врачей к своей профессиональной деятельности в зависимости от степени удовлетворенности своей работой выявил достоверные различия по следующим параметрам: среди только частично удовлетворенных работой врачей 10,5 % считают ее рутиной и 4,7 % испытывают безразличие, что соответственно в 2,4 раза больше, чем в подгруппе «удовлетворенных» и в 6,7 раза больше, чем в подгруппе «неудовлетворенных» (t = 2,929 при P_t = 0,003; t = 2,440 при P_t = 0,015). Кроме того, доля респондентов, считающих свою профессиональную деятельность лишь выполнением определенной последовательности действий и только порученных заданий, среди врачей, частично удовлетворенных работой, выше в 3,0, 1,5 и 1,8 раза соответственно, чем среди удовлетворенных (t = 2,264 при P_t = 0,024; t = 3,402 при P_t = 0,001; t = –2,100 при Pt = 0,036 %) (табл. 3.28).

Таблица 3.28

Оценка отношения к работе среди респондентов с различной степенью удовлетворенности своей работой, $p \pm S_p$

Оценка отношения к работе	Исследуемый признак: удовлетворенность своей работой, $p \pm S_p$				
	Удовлетворены	Частично удовлетворены	Не удовлетворены	Без ответа	Всего
Ничего нового, рутина	**##4,3±0,2**	**##10,5±0,3**	**##28,6±2,1**	14,3±3,1	8,0±0,2
Нередко безразличие	**##1,5±0,1**	**##4,7±0,2**	14,3±1,6	14,3±3,1	3,6±0,1
Выполнение определенной последовательности действий	**##27,2±0,5**	**##40,0±0,6**	28,6±2,1	28,6±4,0	33,1±0,4
Выполнение только порученных заданий	**##5,9±0,3**	**##10,5±0,3**	4,8±1,0	14,3±3,1	8,0±0,2
Ответственность	81,8±0,4	76,3±0,5	66,7±2,1	28,6±4,0	78,2±0,3
Интерес	**##66,7±0,5**	58,0±0,6	**##38,1±2,2**	57,1±4,4	61,7±0,4
Инициатива	**##29,0±0,5**	21,0±0,5	**##9,5±1,3**	42,9±4,4	24,9±0,3

Творческий подход	**##41,7±0,5**	**##29,8±0,5**	23,8±1,9	57,1±4,4	35,9±0,4
Без ответа	0,9±0,1	1,0±0,1	0,0±0,0	14,3±3,1	1,1±0,1
Всего	100,0±0,0	100,0±0,0	100,0±0,0	100,0±0,0	100,0±0,0

Коэффициент Крамера: 0,127, вероятность ошибки 0,1 %.
Критерий Хи-квадрат: 80,167, вероятность ошибки 0,1 %.
Коэффициент Гамма: –0,179, вероятность ошибки 0,07 %.
P_t## < 0,036 – статистическая значимость межгрупповых различий.

Установлено, что доля респондентов, проявляющих интерес и инициативу в своей профессиональной деятельности, среди врачей, не удовлетворенных работой, ниже в 1,8 и 3,0 раза соответственно, чем среди удовлетворенных (t = 2,617 при P_t = 0,01; t = 2,831 при P_t = 0,005).

Выявлено, что удельный вес респондентов, проявляющих творческий подход к работе, достоверно ниже среди частично удовлетворенных, чем среди полностью удовлетворенных своей работой врачей (29,8 и 41,7 % соответственно; t = –3,098 при P_t =0,002).

Таким образом, респонденты, полностью и частично неудовлетворенные своей работой, достоверно чаще используют отрицательные характеристики своего отношения к профессиональной деятельности. Но вместе с тем респонденты с различной степенью удовлетворенности работой одинаково часто отмечают ее ответственность (81,8–66,7 % ответов в подгруппах).

Методы материального стимулирования труда являются одним из главных способов мотивирования работников. В связи этим нами проанализировано мнение врачей об эффективности различных факторов стимулирования и их влиянии на качество работы. На сегодняшний день 76,2 % всех врачей не считают размер своей заработной платы справедливым, 9,0 % респондентов воздержалось от ответа на данный вопрос. В целом 83,3 % участвовавших в исследовании врачей считают, что оплата их труда должна зависеть от качества оказываемой ими медицинской помощи; при этом 71,4 % респондентов считают, что при повышении уровня заработной платы эффективность и качество их труда возрастут, вместе с тем 28,6 % опрошенных воздержалось от такого утверждения.

В подгруппе врачей, не удовлетворенных на сегодняшний день своей работой, удельный вес респондентов, считающих, что оплата их труда должна зависеть от качества оказываемой ими медицинской помощи, в 1,3 раза ниже, чем в подгруппе удовлетворенных работой (66,7 и 85,8 % соответственно; t = –1,998 при P_t = 0,05) (табл. 3.29). Кроме того, 14,3 % респондентов этой подгруппы воздержались от ответа на данный вопрос.

Таблица 3.29

Распределение мнений о зависимости оплаты труда от его качества среди респондентов с различной степенью удовлетворенности своей работой, $p \pm S_p$

Степень удовлетворенности своей работой	Оплата труда должна зависеть от качества оказываемой медпомощи, $p \pm S_p$			
	Да	Нет	Без ответа	Всего
Да	**#85,8±0,4**	7,7±0,3	6,5±0,3	100,0±0,0
Частично удовлетворены	81,7±0,4	11,2±0,4	7,1±0,3	100,0±0,0
Не удовлетворены	**#66,7±2,1**	19,0±1,8	14,3±1,6	100,0±0,0
Без ответа	85,7±3,1	0,0±0,0	14,3±3,1	100,0±0,0
Всего	83,3±0,3	9,6±0,2	7,1±0,2	100,0±0,0

P_t## < 0,05 – статистическая значимость межгрупповых различий.

Но при этом удельный вес респондентов (табл. 3.30), считающих, что при повышении уровня зарплаты эффективность и качество их труда возрастет, в подгруппах врачей с различной степенью удовлетворенности варьировал от 74,6 до 61,9 % (достоверно значимых различий в подгруппах не выявлено, $P_t > 0,05$).

Таблица 3.30

Распределение оценок влияния уровня зарплаты на эффективность труда среди респондентов с различной степенью удовлетворенности своей работой, $p \pm S_p$

Степень удовлетвореннос-ти своей работой	При повышении уровня зарплаты эффективность и качество труда возрастают, $p \pm S_p$			
	Да	Нет	Без ответа	Всего
Да	**69,1±0,5**	20,1±0,4	10,8±0,3	100,0±0,0
Частично удовлетворены	**74,6±0,5**	19,0±0,4	6,4±0,3	100,0±0,0
Не удовлетворены	61,9±2,2	23,8±1,9	14,3±1,6	100,0±0,0
Без ответа	71,4±4,0	14,3±3,1	14,3±3,1	100,0±0,0
Всего	71,4±0,3	19,6±0,3	9,0±0,2	100,0±0,0

Таким образом, для повышения качества медицинской помощи, оказываемой как отдельным врачом, так и учреждением в целом, дополнительные выплаты врачей (свыше определенного уровня) не должны быть гарантированными, недифференцированными, а должны быть ориентированы на конечный результат.

Нами установлено, что в подгруппе врачей, не удовлетворенных своей работой, удельный вес респондентов, не считающих размер своей заработной платы справедливым, достоверно выше, чем в подгруппе удовлетворенных своей профессиональной деятельностью (85,7±1,6 и 70,1±0,5 % соответственно), t = 1,999 при P_t =0,046 (табл. 3.31).

Таблица 3.31

Распределение оценок справедливости размера заработной платы среди респондентов с различной степенью удовлетворенности своей работой, $p \pm S_p$

Степень удовлетворенности своей работой	Исследуемый признак: размер зарплаты справедлив, $p \pm S_p$			
	Да	Нет	Без ответа	Всего
Да	**17,0±0,4**	**##70,1±0,5**	13,0±0,4	100,0±0,0
Частично удовлетворены	6,8±0,3	82,4±0,4	10,8±0,4	100,0±0,0
Не удовлетворены	**0,0±0,0**	**##85,7±1,6**	14,3±1,6	100,0±0,0
Без ответа	14,3±3,1	71,4±4,0	14,3±3,1	100,0±0,0
Всего	11,7±0,2	76,2±0,3	12,1±0,3	100,0±0,0

Коэффициент Крамера: 0,125, вероятность ошибки 1,0 %.
Критерий Хи-квадрат: 20,284 , вероятность ошибки 1,0 %.
Коэффициент Пирсона: +0,087, вероятность ошибки 2,64 %.
P_t## < 0,046 – статистическая значимость межгрупповых различий.

Организация стимулирования труда врачей должна быть комплексной, т. е. сочетать в себе материальные и моральные стимулы. В связи с этим мы проанализировали мнение врачей о целесообразности применения различных видов стимулирования труда. Анализ показал, что среди приемлемых материальных стимулов труда врачи наиболее часто называют различного рода премии и денежные надбавки за качественно выполненный труд, наибольший удельный вес таких ответов в подгруппе респондентов, полностью неудовлетворенных своей работой, 81,0 %. Этот

вид стимулирования в данной подгруппе указывается в 1,7 раза чаще, чем оплата обучения и повышение квалификации за счет КВУ (t = –2,404 при P_t = 0,046) и в 2,8 раза чаще, чем улучшение условий труда и получение социального пакета (t = 4,010 при P_t = 0,001), и, что важно, в 1,3 раза чаще, чем недифференцированное повышение заработной платы всем врачам, независимо от качества и объема медицинской помощи (t = 3,021 при P_t = 0,006) (табл. 3.32).

Таблица 3.32

Распределение мнения врачей о материальных стимулах труда среди респондентов с различной степенью удовлетворенности своей работой, $p \pm S_p$ (поливариантный признак)

Степень удовлетворенности своей работой	Исследуемый признак: материальные стимулы труда, $p \pm S_p$					
	Повышение зарплаты всем сотрудникам	Премии, надбавки за качественный труд	Оплата обучения, повышения квалификации	Улучшение условий труда	Социальный пакет	Другое
Да	64,2±0,5	69,1±0,5	50,9±0,5	35,5±0,5	35,2±0,5	0,3±0,1
Частично удовлетворены	65,1±0,5	68,5±0,5	58,3±0,6	46,1±0,6	44,1±0,6	2,7±0,2
Не удовлетворены	**#61,9±2,2**	**#81,0±1,8**	**#47,6±2,3**	**#28,6±2,1**	**#28,6±2,1**	0,0±0,0
Всего	64,3±0,4	68,9±0,4	54,1±0,4	39,9±0,4	38,9±0,4	1,5±0,1

Коэффициент Крамера: 0,082, вероятность ошибки 1,0 %.
Критерий Хи-квадрат: 34,949, вероятность ошибки 1,0 %.
P_t# < 0,046 – статистическая значимость внутригрупповых различий.

На втором месте среди приемлемых материальных стимулов – недифференцированное повышение зарплаты всем сотрудникам (от 61,9 до 65,1 % в подгруппах респондентов с различной степенью удовлетворенности своей работой); на третьем – оплата обучения и повышения квалификации за счет КВУ (от 58,3 и 47,6 % респондентов в подгруппах);

на четвертом месте – улучшение условий труда и получение социального пакета, данные материальные стимулы указываются с одинаковой частотой в каждой из подгрупп (рис. 3.1).

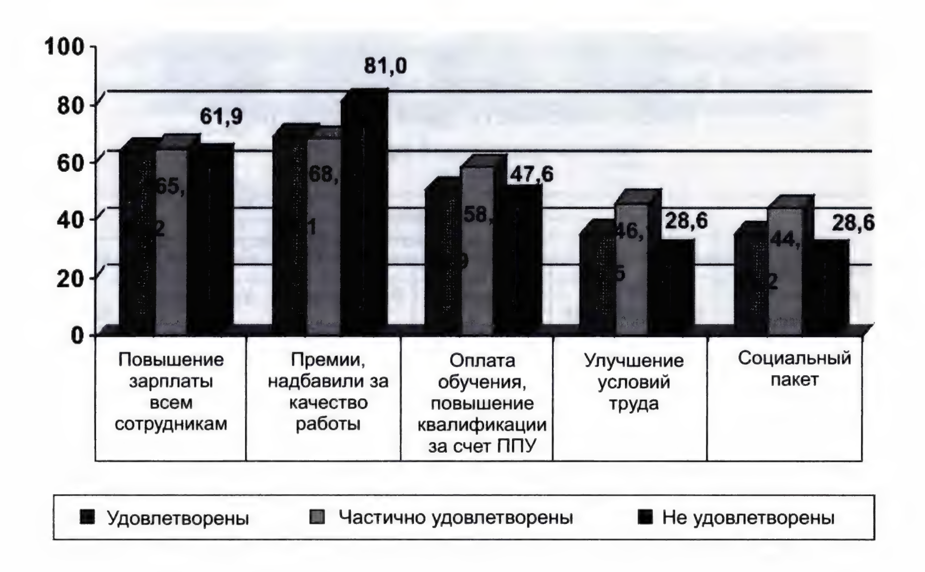


Рис. 3.1. Распределение мнения врачей о приемлемости материальных стимулов труда в подгруппах с различной степенью удовлетворенности своей работой (поливариантный признак)

Анализ мнения врачей о приемлемости использования нематериальных факторов поощрения установил, что в подгруппе частично удовлетворенных работой наиболее часто в качестве моральных стимулов указывается улучшение условий труда – 57,3 % от респондентов данной подгруппы, что достоверно выше в 1,3 раза этого показателя в подгруппе врачей, полностью удовлетворенных работой (t = 2,907 при P_t =0,004) (табл. 3.33). На втором месте стоит публичная положительная оценка (45,1 %), при этом удельный вес респондентов, отметивших данный фактор поощрения, в 1,3 раза ниже, чем в подгруппе удовлетворенных работой (t = 2,160 при P_t = 0,004). На третьем месте – расширение полномочий и повышение в

должности (25,4 и 24,1 % соответственно), при этом расширение полномочий в подгруппе частично удовлетворенных своей работой указывается респондентами в 1,4 раза чаще, чем в подгруппе врачей, удовлетворенных работой (t = 2,074 при P_t = 0,038).

Таблица 3.33

Распределение мнения об эффективности использования моральных факторов среди респондентов с различной степенью удовлетворенности своей работой, $p \pm S_p$ (поливариантный признак*)

Степень удовлетворенности своей работой	Исследуемый признак: моральные факторы поощрения, $p \pm S_p$				
	Публичная положительная оценка	Повышение в должности	Расширение полномочий	Улучшение условий труда	Другое
Да	**##56,5±0,5#**	26,9±0,5#	**##18,5±0,4#**	**##45,7±0,5#**	2,2±0,2
Частично удовлетворены	**##45,1±0,6**	24,1±0,5	**##25,4±0,5**	**##57,3±0,6**	3,1±0,2
Не удовлетворены	38,1±2,2	**#42,9±2,2**	**#14,3±1,6**	**#42,9±2,2**	0,0±0,0
Всего	50,4±0,4	26,0±0,3	21,5±0,3	51,2±0,4	2,5±0,1

P_t## < 0,038 – статистическая значимость межгрупповых различий.
P_t## < 0,041– статистическая значимость внутригрупповых различий.

* Сумма не имеет смысла, так как среднее число ответов на одного опрошенного 1,6.

Среди врачей, не удовлетворенных своей работой, такие факторы морального поощрения, как повышение в должности и улучшение условий труда, стоят на первом месте и отмечаются в 3,0 раза чаще, чем расширение полномочий при неизменном должностном статусе (t = –2,160 при P_t = 0,041) (рис. 3.2). В подгруппе респондентов, полностью удовлетворенных своей работой, публичная положительная оценка указывалась достоверно чаще, чем другие анализируемые выше факторы нематериального стимулирования труда (t = от –2,767 до – 10,849 при $P_t \leq 0,006$).

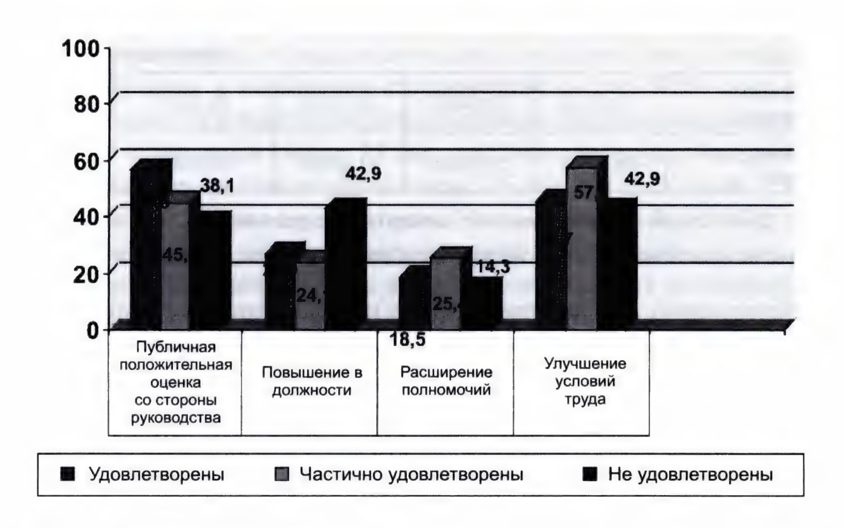


Рис. 3.2. Распределение мнения врачей о приемлемости моральных стимулов труда в подгруппах с различной степенью удовлетворенности своей работой (поливариантный признак)

Достоверно установлена зависимость: при повышении уровня благосостояния семьи респондентов для них возрастает значимость такого фактора морального поощрения, как публичная положительная оценка со стороны руководства ($t = -2{,}020$ при $P_t = 0{,}046$) (табл. 3.34). Но при этом не выявлено различий встречаемости в целом всех факторов морального стимулирования труда в зависимости от уровня среднего ежемесячного дохода на одного члена семьи.

Таблица 3.34

Распределение мнений респондентов об эффективности использования моральных факторов в зависимости от уровня благосостояния их семей, $p \pm S_p$ (поливариантный признак*)

Моральные факторы поощрения	Исследуемый признак: оценка респондентами уровня благосостояния своей семьи, $p \pm S_p$				
	Живем от зарплаты до зарплаты	На ежедневные расходы денег хватает	При покупке дорогих вещей пользуемся кредитом	Покупка автомобиля или дорогостоящий отпуск нам недоступны	Можем позволить себе дорогостоящие покупки
Публичная положительная оценка	**##48,3±1,3**	**##49,7±0,8**	**##50,2±0,6**	**##53,3±0,8**	**##72,2±2,2**
Повышение в должности	19,0±1,0	22,4±0,6	32,1±0,6	22,6±0,7	22,2±2,1

Окончание табл. 3.34

Расширение полномочий	19,0±1,0	14,5±0,5	25,1±0,5	20,4±0,7	22,2±2,1
Улучшение условий труда	56,9±1,3	53,9±0,8	51,0±0,6	46,0±0,8	44,4±2,5

P_t## < 0,046 – статистическая значимость межгрупповых различий.

* Сумма не имеет смысла, так как среднее число ответов на одного опрошенного 1,6.

Установлено, что на приемлемость и эффективность такого фактора материального стимулирования труда, как повышение заработной платы всем сотрудникам, в подгруппе со среднемесячным доходом на одного члена семьи до 3 тыс. руб. респонденты указывают в 1,5 раза чаще, чем в подгруппе со среднемесячным доходом на одного члена семьи 11–14 тыс. руб. ($t = -2{,}809$ при $P_t = 0{,}01$) (табл. 3.35).

Таблица 3.35

Распределение мнений об эффективности использования материальных стимулов труда среди респондентов в зависимости от уровня среднего ежемесячного дохода на одного члена семьи, $p \pm S_p$ (поливариантный признак*)

Материальные стимулы труда	Среднемесячный доход на одного члена семьи, тыс. руб., $p \pm S_p$					
	До 3	3–6	7–10	11–14 т	Свыше 15	Без ответа
Повышение зарплаты всем сотрудникам	**##74,1±1,2**	67,6±0,6	63,8±0,7	**##50,0±1,2**	62,5±1,2	58,8±1,7
Премии, надбавки	68,5±1,3	67,6±0,6	73,0±0,6	75,8±1,0	57,8±1,2	64,7±1,7
Оплата обучения и повышения квалификации	51,9±1,4	**##49,2±0,6**	56,8±0,7	57,6±1,2	**##67,2±1,2**	47,1±1,7
Улучшение условий труда	46,3±1,4	38,9±0,6	39,5±0,7	39,4±1,2	39,1±1,2	41,2±1,7
Социальный пакет	40,7±1,3	39,3±0,6	36,2±0,7	39,4±1,2	43,8±1,2	38,2±1,7

P_t## < 0,01 – статистическая значимость межгрупповых различий.

* Сумма не имеет смысла, так как среднее число ответов на одного опрошенного 1,7.

На приемлемость использования такого материального стимула, как оплата обучения и повышения квалификации за счет КВУ, достоверно чаще указывается в подгруппе респондентов со среднемесячным доходом на одного члена семьи свыше 15 тыс. руб., чем в подгруппе со среднемесячным доходом на одного члена семьи 3–6 тыс руб. (67,2 и 49,2 % респондентов в подгруппе соответственно) (t = –2,694 при P_t = 0,007).

Таким образом, система стимулирования труда врачей должна сочетать материальные и моральные стимулы, основываться на дифференцированном подходе к сотрудникам в зависимости от возраста, квалификации, занимаемой должности, степени удовлетворенности работой, уровня их благосостояния и среднего дохода на одного члена семьи.

В формировании трудовой мотивации врачей наибольшую роль играет характер их ценностных ориентаций в процессе труда. Анализ данного аспекта показал, что 52,5 % врачей ценят в работе возможность самореализации себя как личности; 50,4 % среди опрошенных видят в работе возможность удовлетворения основных материальных потребностей. Частота встречаемости других моральных и социальных ценностей трудовой деятельности варьирует в ответах респондентов от 25,5 до 15, 8 %. (табл. 3.36).

Таблица 3.36

Ценностные ориентации врачей в процессе труда, абс/$p \pm S_p$ (поливариантный признак*)

Работа для вас – это… (возможны два и менее вариантов ответа)	Абс.	$p \pm S_p$	Ранг
Возможность удовлетворения основных материальных потребностей	328	50,4±0,39	2
Способ общения	103	15,8±0,28	5
Возможность завоевать признание и уважение окружающих	166	25,5±0,34	3
Обеспечение стабильности и безопасности	149	22,9±0,32	4
Возможность самореализации как личности	342	52,5±0,38	1
Другое	23	3,5±0,14	
Без ответа	7	1,1±0,08	

* Сумма не имеет смысла, так как среднее число ответов на одного опрошенного 1,7.

Дополнительный анализ выявил, что для врачей 24–30 и 31–40 лет на первом месте стоит возможность самореализации, на втором – удовлетворение основных материальных потребностей, на третьем – возможность завоевания признания и уважения, на четвертом – обеспечение стабильности и на пятом – возможность общения. Для возрастной группы 41–50, 51–60 лет на первое место выходит возможность удовлетворения основных материальных потребностей, на втором – возможность самореализации, на третьем – завоевание признания и уважения, на четвертом – обеспечение стабильности и на пятом – возможность общения (табл. 3.37).

Респонденты в возрасте старше 60 лет указывают на значимость возможности самореализации в процессе работы в 1,6 раза реже, чем на значимость возможности удовлетворения основных материальных потребностей ($t = -2{,}216$ при $P_t = 0{,}026$). В то же время удельный вес респондентов, рассматривающих работу как способ общения, в старшей возрастной группе выше в 2,1–2,4 раза, чем среди врачей других возрастных групп (24–60 лет) (t = от $-2{,}847$ до $-2{,}524$ при $P_t \leq 0{,}01$).

Таблица 3.37

Ценностные ориентации врачей в процессе труда в зависимости от возраста, $p \pm S_p$ (поливариантный признак*)

Работа для вас – это... (возможны два и менее вариантов ответа)	Возрастной период, лет, $p \pm S_p$				
	24–30	31–40	41–50	51–60	Старше 60
Возможность удовлетворения основных материальных потребностей	42,6±0,8	49,4±0,7	**53,2±0,8**	**57,6±0,9**	**#53,2±1,3**
Способ общения	**##13,5±0,6**	**##14,6±0,5**	**##13,5±0,6**	**##15,2±0,6**	**##32,3±1,2**
Завоевание признания и уважения	32,6±0,8	25,3±0,6	27,0±0,7	20,8±0,7	17,7±1,0
Обеспечение стабильности и безопасности	24,1±0,7	24,7±0,6	26,2±0,7	20,0±0,7	14,5±0,9
Возможность самореализации как личности	**##66,0±0,8**	**##58,4±0,7**	46,8±0,8	46,4±0,9	**#33,9±1,2**
Другое	2,1±0,2	1,7±0,2	5,0±0,4	4,8±0,4	6,5±0,6
Без ответа	0,0±0,0	0,0±0,0	0,7±0,1	1,6±0,2	6,5±0,6

P_t# < 0,026 – статистическая значимость внутригрупповых различий.
P_t## < 0,011 – статистическая значимость межгрупповых различий.

* Сумма не имеет смысла, поскольку один опрошенный мог дать несколько ответов одновременно. Среднее число ответов на одного опрошенного 1,7.

В целом выявлена тенденция изменения соотношения ценностных ориентаций в процессе труда с увеличением возраста респондентов, а именно, с возрастом увеличивается значимость возможности удовлетворения основных материальных потребностей (с 42,6 до 57,6 %) и возможности общения (с 13,5 до 32,3 %) (рис. 3.3), в то же время снижается значимость возможности самореализации как личности (с 66,0 до 33,9 %), возможности завоевать признание и уважение (с 32,6 до 17,7 %) и обеспечения стабильности и безопасности (с 24,1 до 14,5 %).



Рис. 3.3. Зависимость ценностных ориентаций врачей в процессе трудовой деятельности от возраста респондентов

С высокой долей достоверности ($t =$ 3,952 при $P_t = 0{,}0001$) отношение к работе как к возможности самореализации среди респондентов женского пола встречается чаще, чем среди мужчин (57,1 и 39,1 % соответственно), в то же время возможность удовлетворения основных материальных потребностей у респондентов мужского пола стоит на первом месте, а у женщин – на втором (57,6 и 48,6 % соответственно), различия достоверно значимы ($t = 1{,}960$ при $P_t = 0{,}05$) (табл. 3.38). Частота встречаемости других ценностных ориентаций врачей в процессе труда среди мужчин и женщин не имеет существенных отличий.

Таблица 3.38

Ценностные ориентации врачей в процессе труда в зависимости от пола респондентов, $p \pm S_p$ (поливариантный признак*)

Работа для вас – это … (возможны два и менее вариантов ответа)	Пол респондентов, $p \pm S_p$		
	Мужской	Женский	Всего
Возможность удовлетворения основных материальных потребностей	**##57,6±0,8#**	**##48,6±0,4#**	50,7±0,4
Способ общения	14,6±0,6#	16,3±0,3#	15,9±0,3
Завоевание признания и уважения	30,5±0,7#	24,2±0,4#	25,7±0,3
Обеспечение стабильности и безопасности	23,8±0,7#	22,8±0,4#	23,0±0,3
Возможность самореализации	**##39,1±0,8#**	**##57,1±0,4#**	52,9±0,4
Другое	2,6±0,3	3,8±0,2	3,6±0,1
Без ответа	0,7±0,1	1,2±0,1	1,1±0,1

P_t# < 0,001 – статистическая значимость внутригрупповых различий.
P_t## < 0,05 – статистическая значимость межгрупповых различий.

* Сумма не имеет смысла, поскольку один опрошенный мог дать несколько ответов одновременно. Среднее число ответов на одного опрошенного 1,5.

Для эффективной мотивации врачей к труду руководителю необходимо учитывать не только значимость для врачей перечисленных выше ценностей, но их потребности и ожидания. В связи с этим мы изучили структуру мотивационных потребностей врачей кожно-венерологических учреждений.

Как видно из табл. 3.39, в различных возрастно-половых группах значимость отдельных материальных и нематериальных факторов мотивации и стимулирования труда различны.

Таблица 3.39

Значимость материальных и нематериальных факторов мотивации среди респондентов различных возрастно-половых групп, $p \pm S_p$

Факторы мотивации (материальные и нематериальные)	Удельный вес положительных ответов, $p \pm S_p$									
	24–30 лет		31–40 лет		41–50 лет		51–60 лет		Старше 60 лет	
	М	Ж	М	Ж	М	Ж	М	Ж	М	Ж
Повышение заработной платы всем сотрудникам	73,9± 1,9	55,1± 0,9	70,5± 0,7	62,3± 0,4	71,8± 1,5	67,6± 0,9	69,0± 1,8	64,6± 1,0	60,0± 2,7	67,4± 1,4
Различного рода премии, надбавки за качественно выполненный труд	65,2± 2,1	74,6± 0,8	61,6± 0,8	71,2± 0,4	66,7± 1,5	68,6± 0,9	55,2± 1,9	69,8± 0,9	66,7± 2,6	63,0± 1,4
Оплата обучения и повышения квалификации за счет ЛПУ	56,5± 2,1	63,6± 0,9	46,6± 0,8	56,4± 0,4	56,4± 1,6	52,0± 1,0	34,5± 1,8	52,1± 1,0	26,7± 2,4	37,0± 1,4
Улучшение условий труда (как материальный фактор стимулирования)	34,8± 2,1	39,0± 0,9	37,7± 0,8	40,7± 0,4	46,2± 1,6	42,2± 1,0	27,6± 1,7	41,7± 1,0	40,0± 2,7	32,6± 1,4
Улучшение условий труда (как моральный фактор стимулирования)	47,8± 2,2	55,1± 0,9	45,2± 0,8	53,3± 0,4	46,2± 1,6	53,9± 1,0	44,8± 1,9	57,3± 1,0	40,0± 2,7	37,0± 1,4
Социальный пакет (добровольное медицинское страхование, юридическая поддержка, частичная оплата расходов на дошкольные и школьные учреждения, другое)	26,1 ±1,9	39,8± 0,9	31,5± 0,8	41,4± 0,4	33,3± 1,5	37,3± 0,9	24,1± 1,6	42,7± 1,0	20,0± 2,2	30,4± 1,4
Публичная положительная оценка работы со стороны руководства	39,1± 2,1	33,1± 0,9	54,1± 0,8	49,2± 0,4	66,7± 1,5	54,9± 1,0	37,9± 1,8	54,2± 1,0	73,3± 2,4	52,2± 1,5
Повышение в должности	43,5± 2,1	38,1± 0,9	30,8± 0,7	24,1± 0,4	38,5± 1,6	20,6± 0,8	17,2± 1,4	16,7± 0,8	13,3± 1,9	2,2± 0,4
Расширение полномочий	13,0± 1,5	29,7± 0,8	21,2± 0,7	22,2± 0,4	20,5± 1,3	22,5± 0,8	13,8± 1,3	17,7± 0,8	20,0± 2,2	4,3± 0,6

Среди прочих материальных стимулов труда врачи называли частичную оплату санаторно-курортного лечения, оплату участия в конференциях, обеспечение жильем, частичную оплату стоматологических услуг, работу по контракту.

Среди других значимых нематериальных стимулов врачи указывали взаимопонимание с руководством лечебного КВУ, его справедливое отношение к медицинскому персоналу, создание бесконфликтной среды в коллективе, учет предложений врачей по повышению эффективности работы КВУ, оценку профессиональной деятельности врачей посредством наград и званий, оплату обучения врачей за счет лечебного учреждения, дополнительные дни к отпуску. Лишь 0,2±0,03 % респондентов считают, что все методы нематериального поощрения являются неэффективными.

В табл. 3.40 сведены данные о возрастно-половых группах, для которых значимость отдельных видов мотивации наиболее высока.

Таблица 3.40

Значимость отдельных видов мотивации в различных возрастно-половых группах респондентов

Факторы мотивации (материальные и нематериальные)	Возрастно-половые группы, для которых значимость данной мотивации наиболее высока
Повышение заработной платы всем сотрудникам	Мужчины в возрасте 24–40 лет (73,9–70,5 %)
Различного рода премии, надбавки за качественно выполненный труд	Женщины в возрасте 24–40 лет (74,6–71,2 %)
Оплата обучения и повышения квалификации за счет ЛПУ	Женщины в возрасте 24–40 лет (63,6–56,4 %), мужчины в возрасте 41–50 лет (56,4 %)
Улучшение условий труда (воспринимается как материальный фактор стимулирования)	Мужчины в возрасте 41–50 лет (46,2 %)
Улучшение условий труда (воспринимается как моральный фактор стимулирования)	Женщины в возрасте 51–60 лет (57,3 %)
Социальный пакет (добровольное медицинское страхование, юридическая поддержка, частичная оплата расходов на дошкольные и школьные учреждения и другое)	Женщины в возрасте 51–60 лет (42,7 %)
Публичная положительная оценка работы со стороны руководства	Мужчины в возрасте 41–50 лет (66,7 %), мужчины старше 60 лет (73,3 %)
Повышение в должности	Мужчины в возрасте 24–30 лет (43,5 %)
Расширение полномочий при неизменном должностном статусе	Женщины в возрасте 24–30 лет (29,7 %)

Все различия статистически значимы, так как их значения по модулю превышают предельную ошибку репрезентативности, значение которой варьирует от 0,14 до 2,94.

На вопрос о размере ежемесячной оплаты своего труда 63,4±0,37 % врачей КВУ ответили, что оплату в 30 тыс. руб. считают адекватной количественным и качественным характеристикам своего труда, степени его напряженности и социальной значимости (данные на октябрь 2007 – ноябрь 2007 г.); 10,5±0,25 % респондентов считают адекватной заработную плату в 40,0 тыс. руб., 9,4±0,23 % – в пределах 50,0 тыс. руб. По результатам анализа 647 анкет, средний показатель ожидаемой ежемесячной оплаты составил 31,089±8 тыс. руб. Среди респондентов мужского пола этот показатель составил 32,678±8 тыс. руб., среди женщин – 29,502±6 тыс. руб. Не готовы обсуждать вопрос заработной платы 10,6 % врачей. Следует отметить, что выявлена слабая статистическая зависимость ожидаемого уровня заработной платы от возраста респондентов (коэффициент Пирсона = 0,112 при $P_П$ = 0,0046). Тем не менее, как видно из табл. 3.41, в подгруппе врачей старше 60 лет удельный вес респондентов, считающих необходимым повышение уровня заработной платы до 40,0 тыс. руб., в 2,8 раза ниже, чем в возрастной подгруппе 31–40 лет, и в 2,2 раза ниже, чем в возрастных подгруппах 24–30 и 41–50 лет: 4,8±0,5, 13,5±0,5 и 10,6±0,5 % соответственно (t = от –3,127 до 2,145 при $P_t \leq 0,003$).

Таблица 3.41

Распределение мнения респондентов об адекватном уровне ежемесячной оплаты труда в различных возрастных подгруппах, $p \pm S_p$

Ежемесячная адекватная оплата труда, тыс. руб.	Возрастной период, лет, $p \pm S_p$					
	24–30	31–40	41–50	51–60	Старше 60	Всего
20–30	69,5±0,8	59,0±0,7	63,8±0,8	59,2±0,9	69,4±1,2	63,4±0,4
31–40	**##10,6±0,5**	**##13,5±0,5**	**##10,6±0,5**	8,8±0,5	**##4,8±0,5**	10,5±0,2
41–50	**##10,0±0,5**	**##10,7±0,5**	**##11,5±0,5**	8,8±0,5	**##1,6±0,3**	9,4±0,2
51–60	0,0±0,0	5,6±0,3	5,0±0,4	2,4±0,3	0,0±0,0	3,1±0,1
70 и выше	0,7±0,1	3,9±0,2	4,2±0,3	2,4±0,3	3,2±0,4	3,0±0,1
Без ответа	9,2±0,4	7,3±0,4	4,9±0,3	18,4±0,7	21,0±1,0	10,6±0,2
Всего	100,0±0,0	100,0±0,0	100,0±0,0	100,0±0,0	100,0±0,0	100,0±0,0

P_t## < 0,004 – статистическая значимость межгрупповых различий.

Как видно из таблицы, среди врачей старше 60 лет доля респондентов, считающих необходимым повышение уровня заработной платы до 50,0 тыс. руб., в 6,2–7,1 раза ниже, чем в возрастных подгруппах 24–30 и 31–40 лет: 1,6±0,3 и 10,0±0,5 %, 10,7±0,5 и 11,5±0,5 % соответственно (t = от –3,237 до – 2,921 при $P_t \leq 0,004$).

Кроме того, анализ мнения врачей об адекватном уровне оплаты труда среди респондентов с различной степенью удовлетворенности своей работой показал (табл. 3.42), что среди врачей, не удовлетворенных своей работой, доля респондентов, считающих оптимальной ежемесячную оплату труда 51–60 тыс. руб., в 2,2 и 6,8 раза больше, чем среди удовлетворенных и частично удовлетворенных (9,5±1,3, 4,3±0,2 и 1,4±0,1 % соответственно).

Таблица 3.42

Оценка адекватного уровня ежемесячной оплаты труда среди респондентов с различной степенью удовлетворенности своей работой, $p \pm S_p$

Ежемесячная адекватная оплата труда, тыс. руб	Удовлетвореность своей работой, $p \pm S_p$				
	Удовлетворены	Частично удовлетворены	Не удовлетворены	Без ответа	Всего
20–30	62,0±0,5	65,4±0,5	52,4±2,3	71,4±4,0	63,4±0,4
31–40	10,2±0,3	11,2±0,4	9,5±1,3	0,0±0,0	10,5±0,2
41–50	7,5±0,3	11,5±0,4	9,5±1,3	14,3±3,1	9,5±0,2
51–60	**##4,3±0,2**	**##1,4±0,1**	**##9,5±1,3**	0,0±0,0	3,1±0,1
70 и выше	2,5±0,2	3,0±0,2	4,8±0,0	14,3±3,1	3,0±0,1
Без ответа	13,5±0,4	7,5±0,3	14,3±1,3	0,0±0,0	10,6±0,2
Всего	100,0±0,0	100,0±0,0	100,0±0,0	100,0±0,0	100,0±0,0

Коэффициент Крамера: 0,176, вероятность ошибки 0,1 %.

Критерий Хи-квадрат 60,063, вероятность ошибки 0,1 %.

P_t## < 0,001 – статистическая значимость межгрупповых различий.

Структура мотивационного ядра врачей зависит от специфики мотивов медицинской деятельности:

– содержательности и напряженности труда; его социальной полезности;
– возможности получения материальных благ;
– потребности в профессиональном росте.
– потребности в общественном признании значимости врачебной деятельности;

В ходе исследования выявлена значимость так называемых вторичных потребностей врачей, а именно потребность в успехе, уважении, привязанности, потребность в самореализации и профессиональном росте. Анализ показал, что вторичные потребности специалистов различаются в большей степени, чем первичные. Доказано, что структура вторичных потребностей врачей зависит от возраста, стажа, должности респондентов, степени их удовлетворенности своей профессиональной деятельностью.

Таким образом, для дерматовенерологов ценность представляет не только внешнее – материальное вознаграждение, но и сам процесс труда, т. е. внутреннее вознаграждение, в связи с чем руководителям КВУ необходимо сочетать экономическое стимулирование с моральным поощрением, но при этом необходимо учитывать половозрастные характеристики, стаж врачей, должностной статус и степень их удовлетворенности своей профессиональной деятельностью.

3.4. АНАЛИЗ РАЗЛИЧНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЗАНИМАЕМОЙ ДОЛЖНОСТИ РЕСПОНДЕНТОВ

Нами изучено мнение респондентов, занимающих различные должности в КВУ, соответственно имеющих разные должностные обязанности и полномочия, относительно качественных характеристик их профессиональной деятельности и отношения к работе. Высокий удельный вес респондентов, считающих недостаточными условия для реализации их профессиональных знаний в КВУ, отмечается среди практических врачей-дерматовенерологов (40,9 %), что в 1,8 раза больше, чем среди

врачей-лаборантов (t = 3,018 при P_t = 0,003) (табл. 3.43). В то же время среди руководителей КВУ и их подразделений, а также профессорского состава кафедр 72,7 и 80,0 % респондентов считают, что условий для этого достаточно.

Таблица 3.43

Распределение оценок условий для реализации профессиональных знаний в зависимости от занимаемой респондентами должности, $p \pm S_p$

Должности респондентов	Исследуемый признак: наличие условий для реализации знаний, $p \pm S_p$				
	Да	Не в полной мере	Нет	Без ответа	Всего
Руководители КВУ и зав. отделениями	72,7±0,8	25,6±0,8	0,0±0,0	1,7±0,2	100,0±0,0
Врачи-дерматовенерологи	50,9±0,5	**##40,9±0,5**	6,3±0,2	1,8±0,1	100,0±0,0
Ординаторы	59,4±1,2	35,9±1,2	1,6±0,3	3,1±0,4	100,0±0,0
Врачи-лаборанты	62,3±1,2	**##23,0±1,1**	4,9±0,5	9,8±0,8	100,0±0,0
Профессора	80,0±2,8	20,0±2,8	0,0±0,0	0,0±0,0	100,0±0,0
Доценты	66,7±8,7	33,3±8,7	0,0±0,0	0,0±0,0	100,0±0,0
Ассистенты	28,6±4,0	57,1±4,4	14,3±3,1	0,0±0,0	100,0±0,0

Коэффициент Крамера: 0,161, вероятность ошибки 1,0 %.
Критерий Хи-квадрат: 50,292, вероятность ошибки 1,0 %.
P_t## < 0,003 – статистическая значимость межгрупповых различий.

Практические дерматовенерологи в качестве причин, мешающих реализации профессиональных знаний, наиболее часто (в 38,5 % случаев) называют отсутствие адекватной заработной платы (табл. 3.44). Данный ответ встречается в 2,0 раза чаще, чем среди руководителей КВУ, в 1,8 раза чаще, чем среди врачей-лаборантов и в 3,8 раза чаще, чем среди профессоров (различия достоверно значимы (t = 4,245 при P_t = 0,0001; t = –2,963 при P_t = 0,003; t = 2,903 при P_t = 0,004).

Таблица 3.44

Распределение причин, мешающих реализации профессиональных знаний в зависимости от занимаемой респондентами должности, $p±S_p$ (поливариантный признак*)

Должность респондентов	Исследуемый признак: причины, мешающие реализации знаний, $p±S_p$					
	Отсутствие достаточного количества времени	Отсутствие адекватной оплаты труда	Отсутствие социальных стимулов	Стиль руководства	Не задумывались	Без ответа
Руководители КВУ и зав. отделениями	29,1±0,8	**##19,7±0,7**	12,0±0,6	3,4±0,3	6,8±0,5	49,6±0,9
Врачи-дерматовенерологи	23,2±0,4	**##38,5±0,5**	**##18,2±0,4**	9,8±0,3	8,2±0,3	35,1±0,5
Ординаторы	15,6±0,9	25,0±1,1	7,8±0,7	6,3±0,6	4,7±0,5	57,8±1,2
Врачи-лаборанты	13,1±0,9	**##21,3±1,0**	**##6,6±0,6**	14,8±0,9	**19,7±1,0**	45,9±1,3
Профессора	20,0±2,8	**##10,0±2,1**	10,0±2,1	10,0±2,1	0,0±0,0	60,0±3,5
Доценты	33,3±8,7	33,3±8,7	0,0±0,0	0,0±0,0	0,0±0,0	33,3±8,7
Ассистенты	28,6±4,0	28,6±4,0	57,1±4,4	42,9±4,4	0,0±0,0	28,6±4,0

Коэффициент Крамера: 0,131, вероятность ошибки 1,0 %.
Критерий Хи-квадрат: 84,906, вероятность ошибки 1,0 %.

* Сумма не имеет смысла, так как среднее число ответов на одного опрошенного 1,6.
P_t## < 0,043 – статистическая значимость межгрупповых различий.

Среди первых трех по значимости причин, не мешающих реализации профессиональных знаний, для врачей-лаборантов КВУ следующие: отсутствие адекватной оплаты труда (21,3 %), стиль руководства КВУ (14,8 %), отсутствие достаточного количества времени (13,1 %). Нужно отметить, что 19,7 % врачей лабораторий не задумываются над этим вопросом. Руководителям КВУ и их подразделений для реализации профессиональных знаний в первую очередь мешают отсутствие достаточного количества времени (29,1 %), отсутствие адекватной оплаты труда и социальных стимулов (19,7 и 12,0 % соответственно) (рис. 3.4). Отсутствие социальных стимулов труда, как причина, не позволяющая реализовывать профессиональные знания, практическими врачами-дерматовенерологами называется достоверно чаще (в 2,8 раза), чем врачами-лаборантами (t = 3,116 при P_t =0,043).

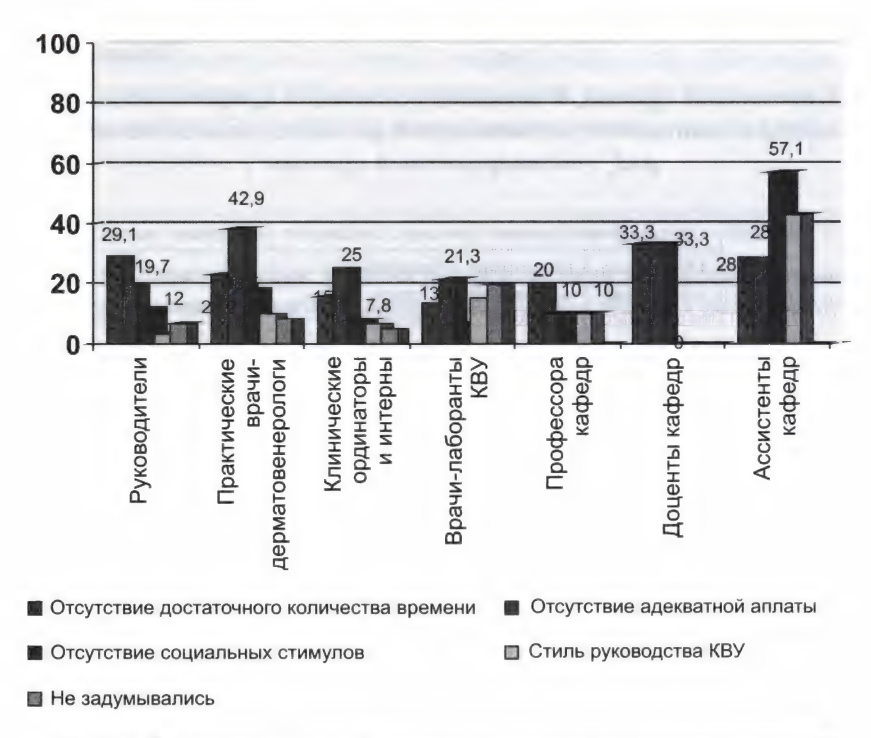


Рис. 3.4 . Распределение причин, мешающих реализации профессиональных знаний в зависимости от занимаемой респондентами должности (поливариантный признак)

Анализ ценностных ориентаций в процессе труда среди врачей различного должностного статуса выявил (табл. 3.45), что руководители КВУ и зав. отделениями в работе чаще видят возможность удовлетворения основных материальных потребностей (53,8 %) и возможность самореализации себя как личности (47,9 %), на третьем месте – обеспечение стабильности и безопасности (28,2 %). Среди практических врачей-дерматовенерологов наиболее часто указывается возможность самореализации (52,5 %), на втором месте – возможность удовлетворения основных материальных потребностей (49,3 %), на третьем – возможность завоевания уважения и признания (25,9 %).

Установлено, что в подгруппе врачей-лаборантов среди ценностных ориентаций в процессе труда возможность удовлетворения основных материальных потребностей называется достоверно чаще (в 1,4 и 1,3 раза соответственно), чем в подгруппах врачей-дерматовенерологов и руководителей (t = –3,020 при P_t = 0,003; t = 1,988 при P_t = 0,046) (табл. 3.45). Кроме того, на значимость данной ценностной ориентации врачи-лабо-

ранты указывают достоверно чаще (в 1,3 раза), чем на значимость возможности самореализации как личности в процессе труда ($t = -3{,}222$ при $P_t = 0{,}01$).

Таблица 3.45

Распределение ценностных ориентаций врачей в процессе труда в зависимости от занимаемой респондентами должности, $p \pm S_p$ (поливариантный признак*)

Должности респондентов	Работа для вас – это … (возможны два и менее вариантов ответа), $p \pm S_p$						
	Возможность удовлетворения материальных потребностей	Способ общения	Завоевание признания и уважения	Обеспечение стабильности и безопасности	Возможность самореализации	Другое	Без ответа
Руководители КВУ и зав. отделениями	**##53,8±0,9**	12,8±0,6	26,5±0,8	28,2±0,8	**##47,9±0,9**	2,6±0,3	0,9±0,2
Врачи-дерматовенерологи	**##49,3±0,5**	18,2±0,4	25,9±0,4	20,8±0,4	**##52,5±0,5**	4,0±0,2	1,1±0,1
Ординаторы	37,5±1,2	14,1±0,9	31,3±1,1	26,6±1,1	67,2±1,2	1,6±0,3	0,0±0,0
Врачи-лаборанты	**##68,9±1,2#**	13,1±0,9	14,8±0,9	29,5±1,2	**41,0±1,2#**	3,3±0,5	3,3±0,5
Профессора	50,0±3,5	0,0±0,0	20,0±2,8	10,0±2,1	**##90,0±2,1**	20,0±2,8	0,0±0,0
Доценты	66,7±8,7	33,3±8,7	33,3±8,7	0,0±0,0	**##66,7±8,7**	0,0±0,0	0,0±0,0
Ассистенты	42,9±4,4	14,3±3,1	28,6±4,0	0,0±0,0	**##85,7±3,1**	0,0±0,0	0,0±0,0

P_t## < 0,046 – статистическая значимость межгрупповых различий.
P_t# < 0,014 – статистическая значимость внутригрупповых различий.

* Сумма не имеет смысла, поскольку один опрошенный мог дать несколько ответов одновременно. Среднее число ответов на одного опрошенного 1,7.

Анализ показал, что сотрудники кафедр (профессора, доценты и ассистенты) среди ценностей процесса труда возможность самореализации называют достоверно чаще, чем практические врачи-дерматовенерологи и врачи-лаборанты ($t = -4{,}305 - 3{,}054$ при $P_t \leq 0{,}014$).

Для формирования адресной и эффективной системы стимулирования врачей, на наш взгляд, важным является оценка приемлемости и эффективности различных материальных стимулов труда среди респондентов, занимающих разные должности. Двухмерный анализ таких зависимостей

выявил, что руководители КВУ и зав. отделениями наиболее эффективными считают денежные надбавки и премии за качественный труд (76,9 %) и указывают их достоверно чаще, чем практические врачи-дерматовенерологи (68,6 %) ($t = -2,161$ при $P_t = 0,031$), которые, в свою очередь, в 1,3 раза чаще руководителей считают эффективным недифференцированное повышение заработной платы всем сотрудникам (различия достоверно значимы: $t = -3,168$ при $P_t = 0,002$) (табл. 3.46). Такой аспект материального стимулирования, как обучение за счет ЛПУ, является важным и стоит на третьем месте среди указываемых врачами факторов, варьируя в диапазоне от 66,7 до 30,0 %, но при этом значимых различий в частоте встречаемости этого признака в зависимости от занимаемой респондентами должности нами не выявлено ($P_t > 0,05$).

Таблица 3.46

Распределение оценки эффективности материальных стимулов труда в зависимости от занимаемой респондентами должности, $p \pm S_p$ (поливариантный признак*)

Должности респондентов	Исследуемый признак: материальные стимулы труда в ЛПУ, $p \pm S_p$					
	Повышение зарплаты всем сотрудникам	Премии, надбавки за качественный труд	Оплата обучения и повышения квалификации	Улучшение условий труда	Социальный пакет	Другое
Руководители КВУ и зав. отделениями	**##52,1±0,9#**	**##76,9±0,8#**	54,7±0,9#	41,0±0,9#	**##35,9±0,9#**	1,7±0,2
Врачи-дерматовенерологи	**##68,6±0,5#**	**##67,0±0,5#**	53,6±0,5#	39,6±0,5#	38,3±0,5#	1,1±0,1
Ординаторы	57,8±1,2#	65,6±1,2#	51,6±1,2#	**##34,4±1,2#**	**##37,5±1,2#**	3,1±0,4
Врачи-лаборанты	68,9±1,2#	70,5±1,2#	65,6±1,2#	45,9±1,3#	47,5±1,3#	3,3±0,5
Профессора	50,0±3,5#	70,0±3,2#	30,0±3,2	30,0±3,2#	40,0±3,5	0,0±0,0
Доценты	33,3±8,7	66,7±8,7	66,7±8,7#	33,3±8,7#	66,7±8,7	0,0±0,0
Ассистенты	85,7±3,1	71,4±4,0	57,1±4,4	**##71,4±4,0**	**##71,4±4,0**	0,0±0,0

Коэффициент Крамера: 0,087, вероятность ошибки 2,0 %.

Критерий Хи-квадрат: 79,076, вероятность ошибки 2,0 %.

P_t## < 0,045 – статистическая значимость межгрупповых различий.

P_t# < 0,01 – статистическая значимость внутригрупповых различий.

* Сумма не имеет смысла, так как среднее число ответов на одного опрошенного 1,7.

Четвертое и пятое места среди приемлемых и эффективных для врачей материальных стимулов труда занимают улучшение условий труда и социальный пакет; при этом различий в частоте встречаемости данных стимулов в разных подгруппах не выявлено, исключение составляют ассистенты кафедр, среди которых 71,4 % указывают на приемлемость использования улучшения условий труда в качестве стимулирующего воздействия, среди клинических ординаторов этот показатель в 2,0 раза ниже ($t = 2{,}050$ при $P_t = 0{,}045$). Кроме того, среди ассистентов кафедр удельный вес респондентов, считающих приемлемым в качестве материальных стимулов социальный пакет, в 2,0 раза выше, чем среди руководителей КВУ и зав. отделениями ($t = 2{,}014$ при $P_t = 0{,}044$) и в 1,9 раза выше, чем среди клинических ординаторов ($t = 2{,}892$ при $P_t = 0{,}035$).

В целом как в подгруппе руководителей, так и в подгруппах практических врачей-дерматовенерологов и врачей-лаборантов среди наиболее эффективных материальных стимулов труда надбавки за качественный труд, повышение заработной платы всем сотрудникам и обучение за счет ЛПУ указываются достоверно чаще, чем социальный пакет и улучшение условий труда (t = от –8,790 до –2,843 при $P_t \leq 0{,}01$), что, вероятно, объясняется недостаточным в настоящее время пониманием и соответственно использованием руководителями КВУ всех возможных составляющих социального пакета. Как показал анализ табл. 3.46, улучшение условий труда большинством врачей воспринимается как моральный стимул труда. Между тем этот аспект относится к функциональным материальным факторам стимулирования в неденежном выражении (Шапиро С. А., 2006).

Среди других приемлемых материальных стимулов труда врачами называется частичная и полная оплата санаторно-курортного лечения, оплата участия в научно-практических мероприятиях вне ЛПУ.

На основании анализа зависимости оценки эффективности моральных стимулов труда от занимаемой респондентами должности установлено, что руководители КВУ и зав. отделениями достоверно чаще, чем практические врачи-дерматовенерологи и клинические ординаторы (в 1,3 и 2,3 раза соответственно), указывают на эффективность публичной положительной оценки со стороны руководства ($t = -3{,}139$ при $P_t = 0{,}002$; $t = -5{,}025$ при $P_t = 0{,}0001$) (табл. 3.47). Данный моральный стимул называется руководителями достоверно чаще, чем улучшение условий труда (64,1 и 48,7 % соответственно) ($t = 2{,}402$ при $P_t = 0{,}016$). Удельный вес такого фактора, как улучшение условий труда, в подгруппах врачей, занимающих различные должности, высок и варьирует от 48,7 до 57,1 %, между тем достоверных различий по частоте встречаемости данного признака в подгруппах не выявлено ($P_t > 0{,}05$). В подгруппе руководителей третий

по значимости фактор морального поощрения – это расширение полномочий. Данный аспект среди руководителей назывался в 1,6 раза чаще, чем среди практических дерматовенерологов (t = –2,329 при P_t = 0,02).

Таблица 3.47

Распределение оценки эффективности моральных стимулов труда в зависимости от занимаемой респондентами должности, $p \pm S_p$ (поливариантный признак*)

Должности респондентов	Исследуемый признак: моральные факторы поощрения, $p \pm S_p$					
	Публичная положительная оценка	Повышение в должности	Расширение полномочий	Улучшение условий труда	Другое	Без ответа
Руководители КВУ и зав. отделениями	**##64,1±0,9#**	23,1±0,8	**##29,9±0,8**	**48,7±0,9#**	1,7±0,2	5,1±0,4
Врачи-дерматовенерологи	**##48,0±0,5#**	**25,3±0,4#**	**##19,0±0,4#**	**52,8±0,5#**	2,6±0,2	5,5±0,2
Ординаторы	**##28,1±1,1**	35,9±1,2	21,9±1,0	51,6±1,2	0,0±0,0	6,3±0,6
Врачи-лаборанты	**59,0±1,2#**	**31,1±1,2#**	**21,3±1,0#**	**49,2±1,3#**	3,3±0,5	11,5±0,8
Профессора	60,0±3,5	0,0±0,0	0,0±0,0	50,0±3,5	0,0±0,0	10,0±2,1
Доценты	100,0±0,0	0,0±0,0	33,3±8,7	49,7±1,0	0,0±0,0	0,0±0,0
Ассистенты	42,9±4,4	42,9±4,4	42,9±4,4	57,1±4,4	28,6±4,0	0,0±0,0

P_t## < 0,002 – статистическая значимость межгрупповых различий.
P_t# < 0,023 – статистическая значимость внутригрупповых различий.

* Сумма не имеет смысла, так как среднее число ответов на одного опрошенного 1,7.

Практические врачи-дерматовенерологи среди эффективных моральных стимулов значительно чаще указывают улучшение условий труда и положительную публичную оценку (52,8 и 48,0 % соответственно), чем изменение должностного статуса и расширение полномочий (различия достоверно значимы, t = от –10,356 до –6,669 при P_t = 0,0001). Такая же зависимость характерна и для подгруппы врачей-лаборантов КВУ (t = от –3,368 до 3,222 при $P_t \le 0{,}023$).

Такой фактор морального стимулирования, как повышение в должности, не настолько высок в сравнении с вышеописанными аспектами и варьирует от 42,9 до 23,1 %, но достоверных различий по частоте встре-

чаемости данного признака в подгруппах респондентов, занимающих различные должности, не выявлено ($P_t > 0,05$).

Единичные респонденты указывают, что любые моральные стимулы являются неэффективными, кроме того, 11,5 % врачей-лаборантов не дали ответа на данный вопрос из 5,5 % врачей-дерматовенерологов и 5,1 % руководителей КВУ и зав. отделениями.

Среди других приемлемых и эффективных, по мнению врачей, моральных (нематериальных) стимулов труда значимы следующие: дополнительные дни к отпуску, справедливое отношение руководства к сотрудникам, ходатайство руководства КВУ о представлении к наградам и званиям, создание и поддержание благоприятного психологического климата в трудовом коллективе КВУ, значимость мнений и предложений сотрудников при принятии управленческих решений.

В целом большинство специалистов считают необходимой зависимость уровня оплаты труда от его качества (от 100,0 до 80,7 % респондентов в различных подгруппах с различным должностным статусом) (табл. 3.48). Но при этом удельный вес считающих, что уровень оплаты труда должен зависеть от качества медицинской помощи, среди руководителей КВУ и зав. отделениями достоверно выше ($t = -2,803$ при $P_t = 0,009$) (табл. 3.48), чем среди практических врачей-дерматовенерологов (89,7±0,6 и 80,7±0,4 % соответственно).

Таблица 3.48

Распределение мнений врачей о зависимости оплаты труда от качества медицинской помощи среди респондентов с различным должностным статусом, $p \pm S_p$

Должности респондентов	Оплата труда должна зависеть от качества оказываемой медицинской помощи, $p \pm S_p$			
	Да	Нет	Без ответа	Всего
Руководители КВУ и зав. отделениями	**##89,7±0,6#**	**6,8±0,5#**	3,4±0,3	100,0±0,0
Врачи-дерматовенерологи	**##80,7±0,4#**	**11,3±0,3#**	7,9±0,3	100,0±0,0
Ординаторы	**85,9±0,9#**	**7,8±0,7#**	6,3±0,6	100,0±0,0
Врачи-лаборанты	**82,0±1,0#**	**8,2±0,7#**	9,8±0,8	100,0±0,0
Профессора	100,0±0,0	0,0±0,0	0,0±0,0	100,0±0,0
Доценты	66,7±8,7	0,0±0,0	33,3±8,7	100,0±0,0
Ассистенты	**85,7±3,1#**	**14,3±3,1#**	0,0±0,0	100,0±0,0

P_t# < 0,001 – статистическая значимость внутригрупповых различий.
P_t## < 0,009 – статистическая значимость межгрупповых различий.

Но при этом только 40,0–78,1 % респондентов считают, что при повышении уровня зарплаты эффективность и качество их труда возрастет. Удельный вес таковых среди руководителей КВУ и зав. отделениями составляет 63,2 %, что в 1,2 раза меньше, чем среди практических врачей-дерматовенерологов (t = 2,128 при P_t = 0,033) (табл. 3.49).

Таблица 3.49

Распределение мнений врачей о зависимости оплаты труда от качества медицинской помощи среди респондентов с различным должностным статусом, $p \pm S_p$

Должности респондентов	При повышении уровня зарплаты эффективность и качество труда возрастают, $p \pm S_p$			
	Да	Нет	Без ответа	Всего
Руководители КВУ и зав. отделениями	**##63,2±0,9**	**##25,6±0,8**	11,1±0,6	100,0±0,0
Врачи-дерматовенерологи	**##73,9±0,4**	**##19,5±0,4**	6,6±0,2	100,0±0,0
Ординаторы	78,1±1,0	12,5±0,8	9,4±0,7	100,0±0,0
Врачи-лаборанты	**##70,5±1,2**	**##13,1±0,9**	16,4±0,9	100,0±0,0
Профессора	40,0±3,5	40,0±3,5	20,0±2,8	100,0±0,0
Доценты	66,7±8,7	0,0±0,0	33,3±8,7	100,0±0,0
Ассистенты	57,1±4,4	42,9±4,4	0,0±0,0	100,0±0,0

P_t## < 0,034 – статистическая значимость межгрупповых различий.

Как видно из табл. 3.49, врачи-лаборанты в 1,9 и 1,5 раза реже, чем дерматовенерологи и руководители КВУ, считают, что при повышении уровня зарплаты эффективность их труда возрастет (t = 2,128–2,097 при $P_t \leq 0,034$). Данный факт можно объяснить тем, что деятельность врачей-лаборантов уже максимально стандартизирована и хронометрирована и резерв оптимизации их труда и повышения производительности состоит в основном в оснащении более современным оборудованием.

Выявлено, что только 10,0–15,6 % респондентов считают справедливым размер существующей заработной платы (табл. 3.50). При этом достоверных различий по частоте встречаемости данного признака в подгруппах респондентов, занимающих различные должности, не выявлено ($P_t > 0,05$).

Таблица 3.50

Распределение мнений врачей о справедливости размера заработной платы в зависимости от должностного статуса респондентов, $p \pm S_p$

Должности респондентов	Исследуемый признак: размер зарплаты справедлив, $p \pm S_p$			
	Да	Нет	Без ответа	Всего
Руководители КВУ и зав. отделениями	14,5±0,6	**71,8±0,8**	13,7±0,6	100,0±0,0
Врачи-дерматовенерологи	10,0±0,3	**79,7±0,4**	10,3±0,3	100,0±0,0
Ординаторы	15,6±0,9	**71,9±1,1**	12,5±0,8	100,0±0,0
Врачи-лаборанты	14,8±0,9	**67,2±1,2**	18,0±1,0	100,0±0,0
Профессора	10,0±2,1	**70,0±3,2**	20,0±2,8	100,0±0,0
Доценты	0,0±0,0	**66,7±8,7**	33,3±8,7	100,0±0,0
Ассистенты	0,0±0,0	**100,0±0,0**	0,0±0,0	100,0±0,0

Тем не менее от 66,7 до 79,7 % респондентов во всех подгруппах считают размер своей заработной платы несправедливым и не соответствующим объему, напряженности и социальной значимости своего труда. Кроме того, отмечается большой удельный вес респондентов, воздержавшихся дать оценку своей заработной плате – от 10,3 до 33,3 % в разных подгруппах.

Нами было проанализировано распределение оценок врачей их отношения к работе в зависимости от занимаемой должности (табл. 3.51). Среди характеристик отношения к работе врачи наиболее часто указывают высокую степень ответственности – от 66,7 до 83,8 %, при этом достоверных различий по частоте встречаемости данного признака в подгруппах респондентов, занимающих различные должности, не выявлено ($P_t > 0,05$). На втором месте врачи указывают «профессиональный интерес» – от 42,9±4,4 до 90,0±2,1 %; при этом профессора, доценты кафедр и клинические ординаторы достоверно чаще (в 1,3–1,6 раза) отмечают данную характеристику, чем врачи-лаборанты, практические дерматове-

нерологи, руководители КВУ и зав. отделениями (t = от –3,710 до 3,188 при $P_t \leq 0{,}045$).

На третьем месте среди характеристик отношения к работе у руководителей КВУ, профессоров и доцентов стоит «инициатива» (от 66,7±8,7 до 38,5±0,9 %), а практические дерматовенерологи, ординаторы и врачи-лаборанты на третьем месте указывают «выполнение определенной последовательности действий» (от 45,9±1,3 до 27,4±0,8 %). Выявлены достоверные различия во встречаемости данной характеристики среди врачей-лаборантов и руководителей КВУ (t = 2,422 при $P_t = 0{,}015$).

Установлено, что руководители, практические врачи-дерматовенерологи, врачи-лаборанты и клинические ординаторы достоверно реже отмечают присутствие творческого подхода в их профессиональной деятельности, чем профессора, доценты и ассистенты кафедр (t = от –2,514 до 3,624 при $P_t = 0{,}012$). Также среди профессорского состава учреждений интерес к работе отмечается чаще, чем среди руководителей КВУ и зав. отделениями (90,0 и 56,4 % соответственно, $t = -3{,}188$ при $P_t = 0{,}001$).

Выявлено, что практические врачи-дерматовенерологи и врачи-лаборанты достоверно чаще (в 2,8 и 4,2 раза), чем клинические ординаторы, используют такую негативную характеристику своего труда, как «выполнение только порученных заданий» (t = от 2,136 до 3,154 при $P_t \leq 0{,}032$), что, вероятно, связано с возрастающей уверенностью в своих профессиональных знаниях и возможностях, а также с потребностью в инициативных действиях, и должно учитываться при формировании нематериальных стимулов. Все сказанное свидетельствует о необходимости привлечения практических врачей-дерматовенерологов, врачей-лаборантов, клинических ординаторов к научным исследованиям, комплексной работе с сотрудниками кафедр, их привлечения в аспирантуру и докторантуру для повышения в штате КВУ удельного веса высококвалифицированных кадров.

Таким образом, нами выявлены зависимости ряда положительных и негативных характеристик профессиональной деятельности от должностного статуса респондентов, отмечены пути усиления мотивации к творческому, эффективному труду среди врачебного персонала, организаторов здравоохранения и работников науки.

Таблица 3.51

Распределение оценок отношения к работе респондентов в зависимости от занимаемой должности, $p \pm S_p$ (поливариантный признак*)

Должности респондентов	Исследуемый признак: оценка отношения к работе, $p \pm S_p$							
	Ничего нового, рутина	Нередко безразличие	Определенная последовательность действий	Выполнение только порученных заданий	Ответственность	Интерес	Инициатива	Творческий подход
Руководители КВУ и зав. отделениями	8,5±0,5#	2,6±0,3#	**##27,4±0,8#**	5,1±0,4#	83,8±0,7#	**##56,4±0,9#**	38,5±0,9#	**##46,2±0,9#**
Врачи-дерматовенерологи	7,9±0,3	4,2±0,2	**##32,2±0,5**	**##8,7±0,3**	77,0±0,4	**##61,5±0,5**	20,8±0,4	**##34,0±0,5**
Ординаторы	1,6±0,3	1,6±0,3	42,2±1,2	**##3,1±0,4**	79,7±1,0	**##81,3±1,0**	26,6±1,1	**##26,6±1,1**
Врачи-лаборанты	9,8±0,8	3,3±0,5	**##45,9±1,3**	**##13,1±0,9**	73,8±1,1	**##54,1±1,3**	16,4±0,9	**##29,5±1,2**
Профессора кафедр	0,0±0,0	0,0±0,0	0,0±0,0	0,0±0,0	80,0±2,8	**##90,0±2,1**	40,0±3,5	**##80,0±2,8**
Доценты кафедр	0,0±0,0	0,0±0,0	33,3±8,7	0,0±0,0	66,7±8,7	**##66,7±8,7**	66,7±8,7	**##33,3±8,7**
Ассистенты кафедр	42,9±4,4	14,3±3,1	42,9±4,4	42,9±4,4	71,4±4,0	42,9±4,4	28,6±4,0	**##42,9±4,4**

P_t# < 0,0012 – статистическая значимость внутригрупповых различий.
P_t# # = 0,045 – статистическая значимость межгрупповых различий.

* Сумма не имеет смысла, так как среднее число ответов на одного опрошенного 1,6.

3.5. ОЦЕНКА МНЕНИЯ ВРАЧЕЙ КОЖНО-ВЕНЕРОЛОГИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ ОБ УСЛОВИЯХ И НАПРЯЖЕННОСТИ ИХ ТРУДА

Оценивая напряженность своего труда, врачи в 30,6±0,36 % случаев (n = 198) отмечали, что часто испытывают физическую и эмоциональную усталость; 56,1±0,36 % (n = 363) ощущают усталость время от времени, и только 13,0±0,36 % респондентов редко испытывают усталость в период работы. В табл. 3.52 приведены данные о частоте возникновения усталости у респондентов с разным должностным статусом: удельный вес респондентов, часто испытывающих усталость, среди практических врачей-дерматовенерологов в 2 раза выше, чем среди врачей-лаборантов (t = 3,149, Pt = 0,002) и в 1,3 раза выше, чем среди руководителей КВУ и заведующих отделениями (t = 3,011, Pt = 0,004).

Таблица 3.52

Частота возникновения усталости у респондентов с разным должностным статусом, $p \pm S_p$

Должности респондентов	Исследуемый признак: частота возникновения усталости, $p \pm S_p$				
	Часто	Время от времени	Редко	Без ответа	Всего
Руководители КВУ и зав. отделениями	**##27,4±0,8**	56,4±0,9	16,2±0,7	0,0±0,0	100,0±0,0
Врачи-дерматовенерологи	**##35,4±0,5**	53,3±0,5	11,1±0,3	0,3±0,1	100,0±0,0
Ординаторы	**##17,2±0,9**	70,3±1,1	12,5±0,8	0,0±0,0	100,0±0,0
Врачи-лаборанты	**##18,0±1,0**	62,3±1,2	19,7±1,0	0,0±0,0	100,0±0,0
Профессора	20,0±2,8	80,0±2,8	0,0±0,0	0,0±0,0	100,0±0,0
Доценты	100,0±0,0	0,0±0,0	0,0±0,0	0,0±0,0	100,0±0,0
Ассистенты	42,9±4,4	14,3±3,1	42,9±4,4	0,0±0,0	100,0±0,0

P_t# # < 0,04 – статистическая значимость межгрупповых различий.

Кроме того, как видно из табл. 3.52, практические врачи-дерматовенерологи в 2 раза чаще испытывают усталость, чем клинические ординаторы (t = 3,417, Pt = 0,001).

Исследование показало, что врачи в 82,6 % случаев считают свою работу интересной, в 80,5 % – востребованной, в 73,9 % – специфической, но при этом 38,3 % респондентов характеризуют свою работу как нервную (табл. 3.53).

Таблица 3.53

Распределение мнений врачей о характеристиках работы, абс/$p \pm S_p$

Характеристика работы	Число ответивших, абс/$p \pm S_p$			
	Абс.		$p \pm S_p$	
Малоинтересная	35	647	5,4±0,17	100,0
Интересная	543		82,6±0,29	
Без ответа	78		12,0±0,26	
Невостребованная	33	647	5,1±0,17	100,0
Необходимая	521		80,5 ±0,31	
Без ответа	93		14,4±0,31	
Обычная	93	647	14,4±0,27	100,0
Специфическая	478		73,9±0,34	
Без ответа	76		11,7±0,30	
Спокойная	273	647	42,2±0,38	100,0
Нервная	248		38,3±0,37	
Без ответа	126		19,5±0,30	

Наличие психоэмоциональных перегрузок у врачей сопровождается сменой настроения в 46,7±0,38 %, повышением АД – в 22,4±0,32 %, головными болями – в 39,1±0,38 %, нарушением сна – в 35,5±0,37 % случаев. Среди других негативных последствий перегрузок респонденты называют снижение работоспособности, развитие депрессии, раздражительность, возникновение чувства безысходности.

В связи с этим нами были проанализированы способы снятия врачами эмоционального напряжения: общение в семье отмечали 56,6±0,38 % (365) и общение с друзьями 41,1±0,30 %; такие ответы, как «сон» и «активный отдых», составили 49,0±0,39 и 42,8±0,38 % соответственно. Выявлено, что вредные привычки – курение и прием алкоголя – врачи используют в качестве способа снятия стресса (4,6±0,16 и 5,9±0,18 % соответственно). На рис. 3.5 показана различная частота использования отдельных способов снятия стресса у мужчин и женщин.

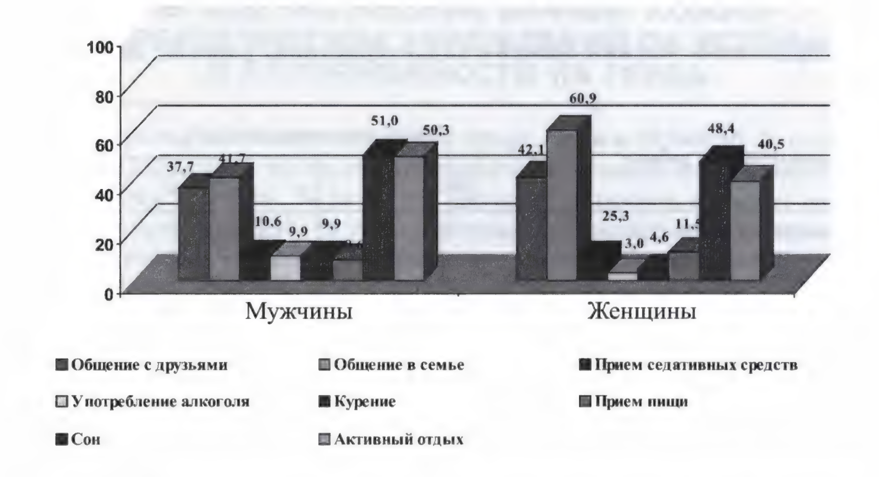


Рис. 3.5. Частота использования отдельных способов снятия стресса у мужчин и женщин (поливариантный признак, сумма не имеет смысла, так как среднее число ответов на одного опрошенного 1,7)

В структуре способов снятия стресса у мужчин первые три места занимают сон, активный отдых и общение в семье (51,0±0,8, 50,3±0,8 и 41,7±0,8 % соответственно). В структуре ответов респондентов женского пола наибольший удельный вес имели: общение в семье – 60,9±0,4 %, сон – 48,4±0,4 %, общение с друзьями – 42,1±0,4 %. Выявлено, что мужчины достоверно чаще (в 3,3 раза), чем женщины, указывают употребление алкоголя как фактор борьбы со стрессом – 9,9±0,5 и 3,0±0,2 % ($t = -2{,}707$, $P_t = 0{,}007$) и курение – 9,9±0,5 и 4,6±0,2 % соответственно ($t = -2{,}029$, $P_t = 0{,}042$). Но при этом на активный отдых как способ снятия стресса мужчины указывают достоверно чаще, чем женщины: 50,3±0,8 и 48,4±0,4 % ($t = -2{,}119$, $P_t = 0{,}034$) .

Кроме того, установлено, что в ответах женщин достоверно чаще встречается такой фактор, как «общение в семье», в сравнении с мужчинами (60,9 и 41,7 % соответственно) ($t = 4{,}192$, $P_t = 0{,}001$). В целом анализ морально-психологического климата в семьях респондентов выявил, что 69,8±0,35 % (451 респондент) оценивают отношения в семье как «хорошие», 18,3±0,30 % – как «удовлетворительные», 3,3±0,14 % – как «терпимые».

Таким образом, нами выявлено, что большинство врачей, принявших участие в исследовании, считают, что их профессиональная деятельность связана с психоэмоциональным напряжением и стрессами, что, в свою

очередь, негативно сказывается на их здоровье и может привести к развитию заболеваний. Кроме того, первые три места среди ответов на вопрос «Что бы вы хотели изменить в своем образе жизни?» занимают желание повысить физическую активность – 57,7±0,4 % респондентов, желание научиться снимать стресс – 42,5±0,4 % и желание научиться контролировать свой вес – 32,1±0,4 % (табл. 3.54). Но при этом значимых различий во мнении мужчин и женщин по данному вопросу не установлено ($P_t > 0,05$), за исключением отношения к табакокурению: 25,8±0,7 % респондентов мужского пола и 7,7±0,2 % женского пола высказывают желание бросить курить.

Таблица 3.54

Распределение мнений врачей об изменениях в образе жизни в зависимости от пола респондентов, $p \pm S_p$

Пол респон-дентов	Исследуемый признак: что бы вы хотели изменить в своем образе жизни, $p \pm S_p$							
	Улучшить качество питания	Бросить курить	Повысить физичес-кую активность	Снизить потребле-ние алкоголя	Научиться снимать сресс	Контролировать свой вес	Контролировать свое АД	Ничего не хочу менять
Мужской	21,2±0,7	**##25,8±0,7**	55,6±0,8	6,0±0,4	39,1±0,8	26,5±0,7	19,2±0,6	9,9±0,5
Женский	22,4±0,4	**##7,7±0,2**	58,3±0,4	2,8±0,1	43,5±0,4	33,9±0,4	15,5±0,3	10,7±0,3
Всего	**22,1±0,3#**	**11,9±0,2#**	**57,7±0,4#**	**3,6±0,1#**	**42,5±0,4#**	**32,1±0,4#**	**16,4±0,3#**	10,5±0,2

P_t# < 0,0001 – статистическая значимость внутригрупповых различий.
P_t## < 0,0015 – статистическая значимость межгрупповых различий.

При анализе данного фактора в зависимости от занимаемой должности (табл. 3.55) выявлено, что для респондентов всех должностных подгрупп наиболее важными оказались следующие аспекты: желание по-

высить физическую активность – от 71,4 ± 4,0 до 33,3±1,3 % респондентов, желание научиться снимать стресс – от 45,6±0,5 до 29,5 ±1,2 % и желание научиться контролировать свой вес – от 66,7±4,4 до 27,9±1,1 % ($P_t \leq 0{,}0001$). Значимых различий при сравнении в подгруппах респондентов по должностям не выявлено ($P_t > 0{,}05$).

Таблица 3.55

Распределение ответов об изменениях в образе жизни в зависимости от занимаемой респондентами должности, $p \pm S_p$ (поливариантный признак)

Должности респондентов	Исследуемый признак: что бы вы хотели изменить в своем образе жизни, $p \pm S_p$							
	Улучшить качество питания	Бросить курить	Повысить физическую активность	Снизить потребление алкоголя	Научиться снимать сресс	Контролировать свой вес	Контролировать свое АД	Ничего не хочу менять
Руководители КВУ и зав. отделениями	**17,1±0,7#**	**15,4±0,7#**	**55,6±0,9#**	**5,1±0,4#**	**43,6±0,9#**	**34,2±0,9#**	**18,8±0,7#**	**11,1±0,6#**
Врачи-дерматовенерологи	21,9±0,4	11,9±0,3	**58,0±0,5**	3,4±0,2	**45,6±0,5**	**32,2±0,5**	17,7±0,4	8,7±0,3
Ординаторы	28,1±1,1	12,5±0,8	**64,1±1,2**	1,6±0,3	**37,5±1,2**	**29,7±1,1**	3,1±0,4	17,2±0,9
Врачи-лаборанты	26,2±1,1	8,2±0,7	**50,8±1,3**	3,3±0,5	**29,5±1,2**	**27,9±1,1**	13,1±0,9	13,1±0,9
Профессора кафедр	0,0±0,0	0,0±0,0	**70,0±3,2**	0,0±0,0	**30,0±3,2**	**30,0±3,2**	10,0±2,1	10,0±2,1
Доценты кафедр	0,0±0,0	0,0±0,0	**33,3±8,7**	0,0±0,0	**33,3±8,7**	**66,7±8,7**	66,7±8,7	33,3±8,7

Ассистенты кафедр	42,9±4,4	0,0±0,0	**71,4±4,0**	14,3±3,1	**42,9±4,4**	**42,9±4,4**	28,6±4,0	14,3±3,1

P_t# < 0,0001 – статистическая значимость внутригрупповых различий.
P_t## > 0,05 – статистическая значимость межгрупповых различий.

* Сумма не имеет смысла, так как среднее число ответов на одного опрошенного 1,6.

В связи с вышесказанным немаловажной является оценка врачами состояния собственного здоровья, что особенно актуально, так как именно врачи должны пропагандировать здоровый образ жизни, физическую активность и ответственное отношение к своему здоровью. По результатам исследования, 33,8±0,4 % респондентов считают свое здоровье «хорошим», 56,4±0,38 % оценивают состояние своего здоровья только как «удовлетворительное», на плохое здоровье указывают 3,9±0,15 % опрошенных ($P \leq 0,05$). Нами не выявлено достоверных различий в оценке состояния здоровья респондентами, занимающими различные должности ($P > 0,05$) (табл. 3.56).

Таблица 3.56

Оценка респондентами состояния своего здоровья в зависимости от занимаемой должности, $p \pm S_p$

Должности респондентов	Исследуемый признак: оценка состояния здоровья, $p \pm S_p$					
	Очень хорошее	Хорошее	Удовлетворительное	Плохое	Без ответа	Всего
Руководители КВУ и зав. отделениями	3,4±0,3	31,6±0,9	58,1±0,9	6,0±0,4	0,9±0,2	100,0±0,0
Врачи-дерматовенерологи	5,0±0,2	32,5±0,5	58,0±0,5	3,2±0,2	1,3±0,1	100,0±0,0
Ординаторы	6,3±0,6	54,7±1,2	37,5±1,2	0,0±0,0	1,6±0,3	100,0±0,0
Врачи-лаборанты	3,3±0,5	24,6±1,1	65,6±1,2	4,9±0,5	1,6±0,3	100,0±0,0
Профессора кафедр	0,0±0,0	50,0±3,5	40,0±3,5	10,0±2,1	0,0±0,0	100,0±0,0
Доценты кафедр	0,0±0,0	0,0±0,0	100,0±0,0	0,0±0,0	0,0±0,0	100,0±0,0
Ассистенты кафедр	0,0±0,0	28,6±4,0	42,9±4,4	14,3±3,1	14,3±3,1	100,0±0,0

В целом наличие у себя хронических заболеваний отметили 72,5 % врачей. В структуре хронической патологии, имеющейся у респондентов, наиболее часто встречаются заболевания желудочно-кишечного тракта (32,8±0,4 %), сердечно-сосудистой системы (23,5±0,3 %), опорно-двигательного аппарата (21,6±0,3 %) и органов зрения (21,0±0,3 %) ($P < 0,05$) (табл. 3.57). При этом следует отметить, что уже в возрасте 24–30 лет 55,3 % респондентов указывают на наличие хронической патологии. С возрастом этот показатель возрастает и среди лиц старше 60 лет составляет 87,1 % (31–40 лет – 68,0 %, 41–50 лет – 78,1 %, 51–60 лет – 84,6 %).

Таблица 3.57

Частота встречаемости хронических заболеваний в различных возрастных группах респондентов, $p \pm S_p$ (поливариантный признак*)

Наличие хронических заболеваний	Исследуемый признак: возрастной период, лет, $p \pm S_p$					
	22–30	31–40	41–50	51–60	Старше 60	Всего
Органов желудочно-кишечного тракта	**##27,0±0,7**	34,8±0,7	**##38,3±0,8**	31,2±0,8	30,6±1,2	#32,8±0,4
Органов сердечно-сосудистой системы	**##3,5±0,3**	13,5±0,5	25,5±0,7	**##47,2±0,9**	45,2±1,3	**#23,5±0,3**
Органов зрения	**20,6±0,7**	**19,1±0,6**	**20,6±0,7**	**24,0±0,7**	**22,6±1,1**	**#21,0±0,3**
Опорно-двигательного аппарата	**##5,7±0,4**	16,3±0,5	29,1±0,7	**##37,6±0,8**	24,2±1,1	**#21,6±0,3**
Нервной системы	**##5,0±0,4**	9,6±0,4	9,2±0,5	**##12,8±0,6**	8,1±0,7	**#9,0±0,2**
Эндокринной системы	**##5,7±0,4**	11,8±0,5	11,3±0,5	**##18,4±0,7**	14,5±0,9	**#11,9±0,2**
Мочеполовой системы	**##5,7±0,4**	9,6±0,4	10,6±0,5	**##10,4±0,5**	4,8±0,5	**#8,7±0,2**
Нет хронических заболеваний	**##44,0±0,8**	30,9±0,7	19,1±0,6	14,4±0,6	**##11,3±0,8**	**#26,1±0,3**
Другие заболевания	4,3±0,3	2,8±0,2	2,1±0,2	0,8±0,2	1,6±0,3	2,5±0,1

Коэффициент Крамера: 0,188, вероятность ошибки 0,10 %.

P_t# < 0,0001 – статистическая значимость внутригрупповых различий

P_t## < 0,0015 – статистическая значимость межгрупповых различий

* Сумма не имеет смысла, так как среднее число ответов на одного опрошенного 1,6.

Большая часть респондентов (81,7±0,27 %) имеет низкий уровень физической активности, ведет малоподвижный образ жизни. При этом 45,7 % занимаются различными видами физической активности реже, чем два раза в неделю (среди них 54,7±0,20 % лица в возрасте от 24 до 40 лет), и 36,0±0,37 % врачей указывают, что практически никогда не занимаются спортом и другими видами физической активности. Вместе с тем среди ответов, характеризующих потребности врачей в изменении собственного образа жизни желание повысить физическую активность составило 57,7±0,38 %, научиться контролировать свой вес и артериальное давление – 32,1±0,36 и 16,4±0,28 % соответственно, 22,1±0,32 % опрошенных хотели бы улучшить качество своего питания, 11,9 ±0,25 % – избавиться от вредной привычки курить.

Удельный вес врачей, отметивших наличие в КВУ возможности реализации своих профессиональных знаний и индивидуальных способностей, составил 57,0±0,38 % (369 респондентов), что свидетельствует об удовлетворительном (оптимальном) руководстве и организации условий труда, здоровом психологическом климате в данных КВУ. В то же время 35,9±0,37 % считают, что не могут в полной мере реализовать свои профессиональные знания, 4,5±0,2 % указывают на полное отсутствие условий для профессиональной реализации. При этом количество отрицательных ответов среди респондентов женского пола достоверно выше, чем среди мужчин (t = 2,986, P_t = 0,003) (табл. 3.58). В отдельных возрастных группах достоверных различий не выявлено (P > 0,05).

Таблица 3.58

Распределение мнения врачей о возможности реализации профессиональных знаний и индивидуальных способностей в зависимости от пола, $p \pm S_p$

Наличие в КВУ условий для реализации профессиональных знаний и навыков	Исследуемый фактор: пол респондентов, $p \pm S_p$		
	Мужчины	Женщины	Всего
Есть условия	58,9±0,8	56,5±0,4	57,0±0,4
Не в полной мере	39,7±0,8	34,7±0,4	35,9±0,4
Нет условий	**##1,3±0,2**	**##5,4±0,2**	4,5±0,2
Без ответа	0,0±0,0	3,4±0,2	2,6±0,1
Всего	100,0±0,0	100,0±0,0	100,0±0,0

P_t## = 0,003 – статистическая значимость межгрупповых различий.

Работа по оптимизации системы управления КВУ должна учитывать данный аспект и иметь направленность в первую очередь на специалистов, указывающих на полное отсутствие условий для реализации профессиональных знаний и навыков.

Среди основных причин, которые мешают реализации профессиональных знаний, на первом месте – отсутствие адекватной оплаты труда (31,4±0,36 %), далее по частоте встречаемости – отсутствие достаточного количества времени 22,6±0,32 % (146 респондентов), отсутствие социальных стимулов – 15,0±0,28 %. Обращает на себя внимание тот факт, что 9,1±0,22 % врачей считают, что реализации их профессиональных знаний и индивидуальных способностей препятствует стиль руководства в их медицинском учреждении, а 8,5 % респондентов никогда не анализировали причины сложившейся ситуации. Как видно из табл. 3.59, врачи, указывающие на полное отсутствие условий для реализации знаний, в 2,4 раза чаще отмечают отсутствие времени, в 3,4 раза чаще – отсутствие адекватной заработной платы и в 2 раза чаще – отсутствие социальных стимулов труда, чем респонденты, указывающие на наличие в КВУ таковых условий (t = от – 2,232 до – 3,616, $P_t < 0{,}026$).

Таблица 3.59

Распределение мнений врачей о причинах, мешающих реализации профессиональных знаний в зависимости от наличия условий в КВУ, $p \pm S_p$

Наличие в КВУ условий для реализации профессиональных знаний и навыков	Исследуемый фактор: причины, мешающие реализации профессиональных знаний, $p \pm S_p$					
	Отсутствие достаточного количества времени	Отсутствие адекватной оплаты труда	Отсутствие социальных стимулов	Этому не способствует стиль руководства	Не задумывались	Без ответа
Есть условия	**##14,4±0,4**	**##14,1±0,4**	**##5,4±0,2**	**##1,6±0,1**	7,9±0,3	66,9±0,5
Не в полной мере	**##34,5±0,6**	**##58,2±0,6**	**##31,9±0,6**	**##18,1±0,5**	7,8±0,3	4,3±0,3
Нет условий	**##34,5±1,8**	**##48,3±1,9**	**##10,3±1,2**	**##37,9±1,8**	13,8±1,3	6,9±1,0
Без ответа	17,6±2,0	11,8±1,6	0,0±0,0	0,0±0,0	23,5±2,2	52,9±2,6
Всего	22,6±0,3	31,4±0,4	15,0±0,3	9,1±0,2	8,5±0,2	41,4±0,4

Коэффициент Крамера: 0,387, вероятность ошибки 0,10 %.

Критерий хи-квадрат: 372,273, вероятность ошибки 0,10 %.

Коэффициент Гамма: –0,507, вероятность ошибки 0,0001 %.

P_t## = 0,026 – статистическая значимость межгрупповых различий.

При оптимизации деятельности КВУ необходимо учитывать, что среди респондентов, отмечающих полное отсутствие в КВУ условий для реализации профессиональных знаний и навыков, стиль руководства, как причина этого, указывается значительно чаще (t = 4,019, P_t = 0,0001), чем среди врачей, считающих, что таковые условия в КВУ созданы (37,9±1,8 и 1,6±0,1 % соответственно).

Анализ степени удовлетворенности врачей условиями своего труда с разных позиций показал, что принципами организации лечебно-диагностического процесса, работы подразделений КВУ полностью удовлетворены только 41,4±0,38 % врачей. Большую часть респондентов организация работы устраивает лишь частично (41,9±0,38 %) и полностью не удовлетворены данным аспектом 16,7±0,24 %. Что касается организации рабочего места, то 38,5±0,37 % врачей лишь отчасти удовлетворены и отрицательный ответ дали 13,0±0,26 % респондентов, что выявляет резерв для использования административно-управленческих методов мотивации, так как на значимость этого аспекта в повышении эффективности и качества труда указывает 51,2±0,39 % опрошенных, что подтверждает валентность (ценность) данного метода мотивации врачей.

В целом, оценивая свое отношение к работе, врачи называют следующие характеристики (поливариантный признак): наиболее часто, в 78,2±0,32 % случаев (506 респондентов), отмечают высокую степень ответственности, 61,7±0,37 % (399) – интерес, 35,9±0,37 % (232) – творческий подход, 24,9±0,33 % – инициативу. Но вместе с тем в 33,1±0,36 % случаев врачи характеризуют свою работу только лишь как выполнение определенной последовательности действий, 8,0±0,21 % – как рутину и отсутствие чего-либо нового. Единичные ответы (3,6±0,10 %) характеризуют нередко безразличное отношение к работе. Полученные данные свидетельствуют о необходимости удовлетворения внутренних потребностей врачей в самореализации, причастности к деятельности всего ЛПУ, социальной удовлетворенности, а также в оптимизации деятельности врачей и всего лечебно-диагностического процесса в КВУ, что целесообразно учитывать в системе комплексной мотивации сотрудников.

В табл. 3.60, 3.61 приведены данные по указанному выше аспекту в зависимости от возраста и пола респондентов.

Таблица 3.60

Отношение врачей к работе в различных возрастных группах, $p \pm S_p$ (поливариантный признак*)

Отношение к работе	Исследуемый признак: возрастной период, лет, $p \pm S_p$					
	22–30	31–40	41–50	51–60	Старше 60	Всего
Ничего нового, рутина	5,7±0,4	11,8±0,5	8,5±0,5	6,4±0,4	4,8±0,5	**#8,0±0,2**

Окончание табл. 3.60

Нередко безразличие	2,8±0,3	3,9±0,3	2,8±0,3	6,4±0,4	0,0±0,0	**#3,6±0,1**
Выполнение определенной последовательности действий	**##41,1±0,8**	32,6±0,7	**##24,8±0,7**	34,4±0,8	32,3±1,2	**#33,1±0,4**
Выполнение только порученных заданий	7,8±0,4	7,3±0,4	5,7±0,4	11,2±0,6	9,7±0,7	**#8,0±0,2**
Ответственность	83,7±0,6	73,6±0,6	77,3±0,7	78,4±0,7	80,6±1,0	**#78,2±0,3**
Интерес	**##73,8±0,7**	61,2±0,7	58,9±0,8	56,8±0,9	**##51,6±1,3**	**#61,7±0,4**
Инициатива	27,0±0,7	25,8±0,6	20,6±0,7	30,4±0,8	16,1±0,9	**#24,9±0,3**
Творческий подход	**##29,1±0,7**	38,2±0,7	**##42,6±0,8**	33,6±0,8	33,9±1,2	**#35,9±0,4**
Без ответа	0,0±0,0	0,0±0,0	1,4±0,2	3,2±0,3	1,6±0,3	**#1,1±0,1**

P_t# < 0,017 – статистическая значимость межгрупповых различий.
P_t# # < 0,003 – статистическая значимость внутригрупповых различий.

* Сумма не имеет смысла, так как среднее число ответов на одного опрошенного 1,6.

Как видно их табл. 3.60, во всех возрастных группах респонденты наиболее часто отмечают ответственность (от 83,7 до 73,6 % ответивших); такая характеристика, как творческий подход, достоверно чаще (в 1,5 раза) встречается в ответах респондентов 41–50 лет, чем среди лиц возраста 24–30 лет (t = 2,383, P_t = 0,017), которые в 41,1 % случаев расценивают свою работу как выполнение определенной последовательности действий. В возрастной группе 41–50 лет такая характеристика профессиональной деятельности встречается в 1,7 раза реже (t = 2,958, P_t = 0,003). Выявлена статистически значимая зависимость: снижение интереса к работе с возрастом – с 73,8 % опрошенных в возрасте 22–30 лет до 51,6 % опрошенных в возрасте старше 60 лет (t = – 3,013, P_t = 0,003).

Из табл. 3.61 следует, что как среди мужчин, так и среди женщин наиболее часто встречаются следующие четыре характеристики работы: ответственность, интерес, творческий подход, инициатива.

Таблица 3.61

Отношение к работе в зависимости от пола респондентов, $p \pm S_p$ (поливариантный признак*)

Отношение к работе	Исследуемый признак: пол, $p \pm S_p$		
	Мужчины	Женщины	Всего
Ничего нового, рутина	**##13,9±0,6**	**##6,3±0,2**	**#8,0±0,2**
Нередко безразличие	6,0±0,4	2,8±0,1	**#3,6±0,1**

Окончание табл. 3.61

Выполнение определенной последовательности действий	34,4±0,8	32,7±0,4	**#33,1±0,4**
Выполнение только порученных заданий	9,9±0,5	7,5±0,2	**#8,0±0,2**
Ответственность	**##68,2±0,7**	**##81,3±0,3**	**#78,2±0,3**
Интерес	**#47,7±0,8**	**#65,9±0,4**	**#61,7±0,4**
Инициатива	24,5±0,7	25,0±0,4	**#24,9±0,3**
Творческий подход	**##46,4±0,8**	**##32,7±0,4**	**#35,9±0,4**
Без ответа	1,3±0,2	1,0±0,1	1,1±0,1

P_t# < 0,0001 – статистическая значимость внутригрупповых различий.
P_t# # < 0,011 – статистическая значимость межгрупповых различий.

* Сумма не имеет смысла, так как среднее число ответов на одного опрошенного 1,5.

Но при этом мужчины достоверно чаще, чем женщины (в 2,2 раза), считают свою работу рутиной (t = –2,537, P_t = 0,011) и нередко испытывают безразличие к работе. В то же время женщины достоверно чаще отмечают ответственность: 81,5 и 68,2 % соответственно (t = 3,123, P_t = 0,002) и интерес к работе: 65,9 и 47,7 % соответственно (t = 3,977, P_t = 0,001). На третьем месте – наличие творческого подхода, но при этом данная характеристика работы достоверно чаще встречается среди мужчин: 46,4 и 32,7 % соответственно (t = –2,916, P_t = 0,003).

В целом полученные данные свидетельствуют о высоком удельном весе в структуре мотивационных потребностей врачей внутренних мотивов, ориентированных на содержательность, социальную значимость и ответственность своего труда и соответственно значимость нематериальных факторов его стимулирования, при этом эффективность факторов мотивирующего и стимулирующего воздействия зависит от возрастно-половых характеристик, стажа и занимаемой должности. Выявлены причины, мешающие реализации профессиональных знаний и навыков врачей, среди которых отсутствие адекватной оплаты труда – 31,4 %, недостаток времени – 22,6 %, отсутствие социальных стимулов 15,0 %. Все указанные выше факторы необходимо учитывать при создании системы комплексной мотивации врачей в КВУ.

3.6. ОЦЕНКА ВРАЧАМИ УРОВНЯ СВОЕГО БЛАГОСОСТОЯНИЯ

По результатам наших исследований, только 48,4±0,4 % опрошенных не отмечают чувство разочарования в выбранной профессии, а более половины респондентов иногда (45,6±0,4) и даже часто (4,9±0,2 %) испытывают разочарование в профессии врача.

Как показал двухмерный анализ (табл. 3.62), врачи, считающие размер своей заработной платы справедливым, в 1,6 раза реже испытывают разочарование в профессии – 46,4 и 32,7 % соответственно ($t = 4{,}279$, $P_t < 0{,}0001$). Данный факт подтверждается и при сравнении доли респондентов, иногда отмечающих разочарование в профессии: среди лиц, не считающих размер зарплаты справедливым, их доля достоверно выше (1,9 раза) ($t = 4{,}118$, $P_t < 0{,}0001$)

Таблица 3.62

Частота возникновения чувства разочарования в профессии в зависимости от оценки врачами справедливости размера своей заработной платы, $p \pm S_p$

Размер зарплаты справедлив	Исследуемый признак: возникает ли чувство разочарования в выбранной профессии, $p \pm S_p$				
	Часто	Иногда	Никогда	Без ответа	Всего
Да	3,9±0,4	**##26,3±1,0**	**##69,8±1,0**	0,0±0,0	100,0±0,0
Нет	4,7±0,2	**##49,1±0,4**	**##45,2±0,4**	1,0±0,1	100,0±0,0
Всего	4,9±0,2	45,6±0,4	48,4±0,4	1,1±0,1	100,0±0,0

Коэффициент Крамера: 0,123, вероятность ошибки 1,00 %.
Критерий хи-квадрат: 19,736, вероятность ошибки 1,00 %.
Коэффициент Пирсона: –0,083, вероятность ошибки 3,48 %.
P_t# # < 0,0001 – статистическая значимость межгрупповых различий.

При оценке уровня благосостояния своих семей 34,5±0,37 % респондентов выбрали ответы «живем от зарплаты до зарплаты» и «денег хватает только на ежедневные расходы», среди них респонденты в возрасте 41–50 лет составляют 36,9±1,2 %. Не могут себе позволить улучшить качество отдыха и быта 21,2±0,31 % (табл. 3.63). В целом при анализе в возрастных подгруппах выявлен обратный характер корреляционной зависимости (коэффициент Пирсона: –0,105).

Таблица 3.63

Распределение мнений врачей об уровне благосостояния своей семьи в различных возрастных группах, $p \pm S_p$

Характеристика уровня благосостояния семьи респондентами	Исследуемый признак: возрастной период, $p \pm S_p$					
	24–30	31–40	41–50	51–60	старше 60	Всего
Живем от зарплаты до зарплаты	7,1±0,4	7,9±0,4	13,5±0,6	7,4±0,5	9,7±0,7	**#9,0±0,2**
Денег хватает только на ежедневные расходы	**##22,0±0,7**	**##18,5±0,6**	**##23,4±0,7**	**##33,7±0,8**	**##42,9±1,2**	**#25,5±0,3**
При покупке дорогих вещей пользуемся кредитом	36,9±0,8	43,3±0,7	41,1±0,8	31,3±0,8	26,4±1,1	**#37,6±0,4**
Покупка автомобиля или дорогостоящий отпуск нам не доступны	29,1±0,7	21,3±0,6	13,5±0,6	21,7±0,7	19,4±1,0	**#21,2±0,3**
Можем себе позволить дорогостоящие покупки	2,8±0,3	3,9±0,3	2,8±0,3	2,5±0,3	0,0±0,0	**#2,8±0,1**
Без ответа	2,1±0,2	5,1±0,3	5,7±0,4	3,4±0,3	1,6±0,3	#3,9±0,1
Всего	100,0±0,0	100,0±0,0	100,0±0,0	100,0±0,0	100,0±0,0	100,0±0,0

Коэффициент Пирсона: –0,105, вероятность ошибки 0,78 %.
P_t# < 0,0001 – статистическая значимость внутригрупповых различий.
P_t# # < 0,034 – статистическая значимость межгрупповых различий.

Следует отметить, что среди врачей в возрасте старше 51 года удельный вес респондентов, ответивших, что «денег хватает только на ежедневные расходы», в 1,5 и 1,8 раза выше, чем среди возрастных групп 24–30, 31–40, 41–50 лет (t = от –2,570 до 3,885; P_t < 0,034).

Более половины опрошенных врачей (57,1±0,41 %) только частично удовлетворены и не удовлетворены жилищными условиями своей семьи. При этом в структуре полностью неудовлетворенных данным аспектом 55,9±0,90 % составляли лица, состоящие в браке (табл. 3.64).

Таблица 3.64

Распределение респондентов с различным семейным положением в зависимости от степени удовлетворенности жилищными условиями, $p \pm S_p$

Удовлетворенность жилищными условиями	Исследуемый признак: семейное положение, $p \pm S_p$					
	Женат (замужем)	Разведен(а)	Не был(а) женат (замужем)	Вдовец (вдова)	Без ответа	Всего
Удовлетворены	70,0±0,6	9,9±0,4	11,4±0,4	8,4±0,3	0,4±0,1	100,0±0,0
Частично удовлетворены	**##68,3±0,6**	12,3±0,4	15,9±0,5	3,6±0,2	0,0±0,0	100,0±0,0
Не удовлетворены	**##55,9±0,9#**	**16,1±0,7#**	**18,6±0,7#**	**5,1±0,4#**	4,2±0,4	100,0±0,0
Всего	65,7±0,4	11,9±0,2	14,7±0,3	5,7±0,2	2,0±0,1	100,0±0,0

Коэффициент Крамера: 0,314, вероятность ошибки 0,10 %.
Критерий хи-квадрат: 191,738, вероятность ошибки 0,10 %.
Коэффициент Пирсона: +0,170, вероятность ошибки 0,1 %.
P_t# < 0,05 – статистическая значимость внутригрупповых различий.
P_t## = 0,023 – статистическая значимость межгрупповых различий.

Таким образом, среди подгруппы респондентов, состоящих в браке, удельный вес удовлетворенных жилищными условиями полностью и частично, выше, чем среди неудовлетворенных (70,0±0,6, 68,3±0,6 и 55,9±0,9 % соответственно), что подтверждается выявленной корреляционной зависимостью (коэффициент Пирсона +0,170).

Анализ табл. 3.65 выявил достоверность различий между удельным весом неудовлетворенных жилищными условиями в различных возрастных группах: с увеличением возраста доля удовлетворенных возрастает (коэффициент Пирсона: –0,135). Так, удельный вес таковых в возрастной подгруппе 24–30 лет в 2,9 раза выше, чем среди лиц старше 60 лет: 24,1±0,7 и 8,1±0,7 % соответственно (t = от –3,214 до 2,345, P_t < 0,001).

Таблица 3.65

Оценка удовлетворенности жилищными условиями в различных возрастных группах, $p \pm S_p$

Удовлет-воренность жилищными условиями	Исследуемый признак: возрастной период, лет, $p \pm S_p$					
	24–30	31–40	41–50	51–60	старше 60	Всего
Удовлетворены	41,1±0,8	29,8±0,7	44,7±0,8	42,4±0,9	58,1±1,2	40,6±0,4
Частично удовлетворены	33,3±0,8	46,1±0,7	34,8±0,8	42,4±0,9	33,9±1,2	38,9±0,4
Не удовлетворены	**##24,1±0,7**	**##20,2±0,6**	**##18,4±0,6**	**##13,6±0,6**	**##8,1±0,7**	18,2±0,3
Без ответа	1,4±0,2	3,9±0,3	2,1±0,2	1,6±0,2	0,0±0,0	2,2±0,1
Всего	100,0±0,0	100,0±0,0	100,0±0,0	100,0±0,0	100,0±0,0	100,0±0,0

Коэффициент Пирсона: –0,135, вероятность ошибки 0,07 %.
Коэффициент Гамма: –0,151, вероятность ошибки 4,00 %.
P_t## < 0,001 – статистическая значимость межгрупповых различий.

Среди тех, кто только частично удовлетворен жилищными условиями, 33,0±0,48 % имеют двух и более детей, среди неудовлетворенных эта подгруппа респондентов составляет 23,7±0,50 % (табл. 3.66).

Таблица 3.66

Оценка удовлетворенности жилищными условиями в зависимости от наличия детей в семье, $p \pm S_p$ (в % от общего числа)

Наличие детей в семье	Исследуемый признак: удовлетворенность жилищными условиями, $p \pm S_p$				
	Удовлетворен	Частично удовлетворен	Не удовлетворен	Без ответа	Всего
Один ребенок	15,0±0,3	16,2±0,3	**##8,3±0,2**	0,0±0,0	39,6±0,4
Два ребенка	14,5±0,3	11,6±0,2	3,6±0,1	0,3±0,0	30,0±0,4
Три и более детей	1,2±0,1	1,2±0,1	0,8±0,1	0,0±0,0	3,2±0,1
Нет детей	9,4±0,2	9,9±0,2	**##5,1±0,2**	0,6±0,1	25,0±0,3

Окончание табл. 3.66

Без ответа	0,5±0,1	0,0±0,0	0,5±0,1	1,2±0,1	2,2±0,1
Всего	40,6±0,4	38,9±0,4	18,2±0,3	2,2±0,1	100,0±0,0

Коэффициент Крамера: 0,337, вероятность ошибки 0,10 %.
Критерий хи-квадрат: 219,904, вероятность ошибки 0,10 %.
Коэффициент Пирсона: +0,110, вероятность ошибки 0,52 %.
P_t## < 0,02 – статистическая значимость межгрупповых различий.

Выявлены статистически значимые различия: неудовлетворенные жилищными условиями, имеющие одного ребенка, составляют 8,3 % от общего числа ответивших, а респонденты не удовлетворенные жилищными условиями, не имеющие детей, – 5,1 % от общего числа ответивших (P_t = 0,019). Наличие детей в семье повышает уровень требований к жилищным условиям, независимо от их количества (P_t > 0,05).

По результатам исследований, 37,7 % опрошенных указали, что среднемесячный доход на одного члена их семьи 3–6 тыс. руб., 38,8 % – 7–14 тыс. руб., 8,3 % – до 3 тыс. руб.

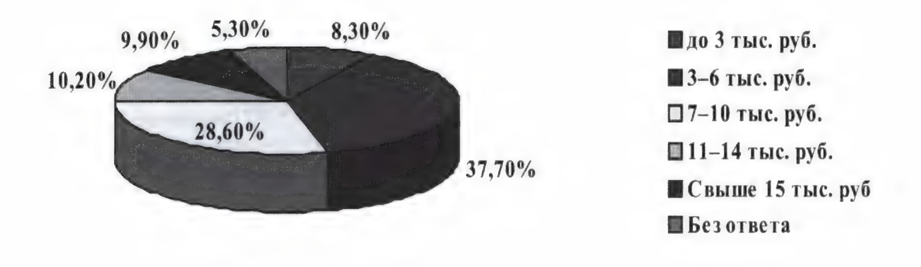


Рис. 3.6. Структура респондентов в зависимости от среднемесячного дохода на одного члена их семьи

Выявлена прямая корреляционная зависимость (табл. 3.67): чем выше среднемесячный доход на одного члена семьи респондента, тем выше уровень ожидаемой адекватной заработной платы (коэффициент Пирсона +0,130). Так, среди лиц, имеющих доход на одного члена семьи более 15 тыс. руб., 20,3 % адекватной считают зарплату в 31– 40 тыс. руб., в подгруппе, где доход на одного члена семьи до 6 тыс. руб., этот показатель меньше в 3,6 раза (P_t = 0,0001).

Таблица 3.67

Распределение мнений респондентов об адекватном размере оплаты труда в зависимости от существующего среднемесячного дохода на одного члена семьи, $p \pm S_p$

Среднемесячный доход на одного члена семьи, тыс. руб.	Исследуемый признак: ежемесячная адекватная оплата труда, $p \pm S_p$, тыс. руб.						
	20–30	31–40	41–50	51–60	70 и выше	Без ответа	Всего
До 3	75,9±1,2	1,9±0,4	9,3±0,8	0,0±0,0	1,9±0,3	11,0±0,9	100,0±0,0
3–6	**##74,6±0,5#**	##5,7±0,3#	**##5,7±0,3#**	2,0±0,2	2,7±0,2	9,4±0,4	100,0±0,0
7–10	63,8±0,7	9,2±0,4	10,3±0,4	4,3±0,3	2,2±0,2	10,2±0,4	100,0±0,0
11–14	39,4±1,2	28,8±1,1	13,6±0,8	6,1±0,6	3,0±0,3	9,1±0,6	100,0±0,0
Свыше 15	**##43,8±1,2#**	**##20,3±1,0#**	**##14,1±0,9#**	4,7±0,5	7,9±0,6	9,2±0,6	100,0±0,0
Без ответа	44,1±1,7	11,8±1,1	14,7±1,2	0,0±0,0	3,0±0,6	26,4±1,7	100,0±0,0
Всего	63,4±0,4	10,5±0,2	9,4±0,2	3,1±0,1	3,0±0,1	10,6±0,3	100,0±0,0

Коэффициент Крамера: 0,180, вероятность ошибки 0,10 %.
Критерий хи-квадрат: 104,466, вероятность ошибки 0,10 %.
Коэффициент Пирсона: +0,130, вероятность ошибки 0,10 %.
Коэффициент Гамма: +0,277,вероятность ошибки 0,07 %.
P_t## $< 0,001$ – статистическая значимость межгрупповых различий.
P_t# $< 0,0001$ – статистическая значимость внутригрупповых различий.

В целом 63,4 % врачей адекватной считают зарплату в 2–30 тыс. руб., 10,5 % – 31–40 тыс. руб., 12,5 % – в 41–60 тыс. руб.

При ответе на вопрос «Кто приносит основной доход в вашей семье?» 34,7 % врачей указали супругов. При этом деятельность супругов данных респондентов не связана с медициной и здравоохранением. В целом по результатам анкетирования средний показатель ожидаемой заработной платы, адекватный, по мнению врачей, уровню квалификации, нагрузки и социальной значимости труда, в 3–4 раза превышает реальные доходы врачей (включая надбавки).

Таким образом, на сегодняшний день профессия врача недостаточно привлекательна для притока новых кадров. Без внедрения методов дополнительной мотивации и стимулирования труда врачей трудно удержать в отрасли как молодых специалистов, так и опытных дерматовенерологов со стажем.

3.7. ПРИНЦИПЫ СОЗДАНИЯ КОМПЛЕКСНОЙ СИСТЕМЫ МОТИВАЦИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧЕЙ КОЖНО-ВЕНЕРОЛОГИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ С ЦЕЛЬЮ ПОВЫШЕНИЯ ИХ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ И ЭФФЕКТИВНОСТИ ТРУДА

Разработка системы мотиваций труда медицинских работников и управления лечебно-диагностическим процессом выходят за рамки научных и познавательных проблем и ставятся в практическую плоскость как средство сохранения, дальнейшего развития и поддержания конкурентоспособности государственных КВУ.

В период реорганизации здравоохранения назрела необходимость актуализации новых ресурсов управления, в частности создание условий для сохранения в КВУ квалифицированных кадров, постоянного роста их мастерства через внедрение эффективных мотивационных программ.

При формировании системы управления медицинским персоналом целесообразно учитывать не только современное состояние дерматовенерологии и отечественного здравоохранения в целом, но и особенности управления трудовыми ресурсами в конкретном КВУ, сложившиеся традиции в медицинских школах, изменение менталитета врачей и динамику их жизненных ценностей, а также значение (и место) профессиональной

деятельности в их жизни. Кроме того, для формирования эффективного мотивационного механизма в ЛПУ необходимо учитывать ожидания и требования врачей к КВУ.

Как видно из рис. 3.7, формирование мотива труда происходит в том случае, если в распоряжении субъекта управления (руководителя учреждения здравоохранения) имеется необходимый набор благ, соответствующий социально обусловленным потребностям медицинского персонала.

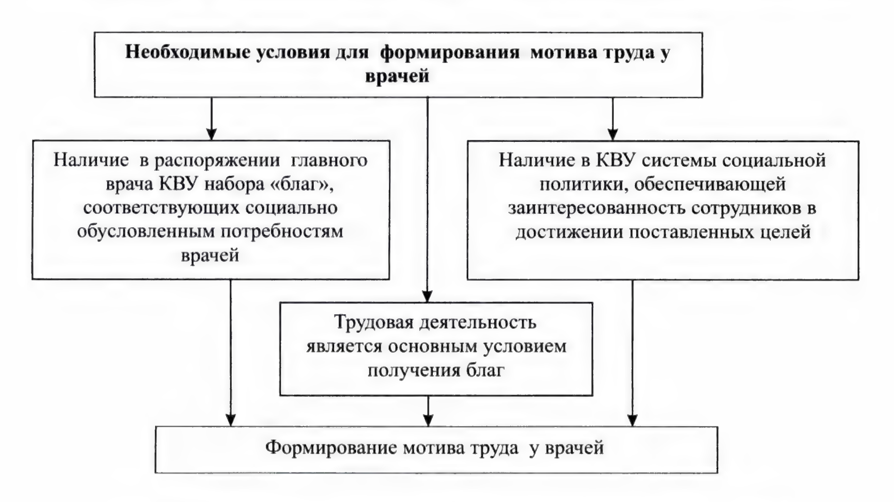


Рис. 3.7. Условия, необходимые для формирования мотива труда у врачей

Для снижения оттока медицинских кадров из отрасли необходимо сочетание взаимодополняющих элементов мотивационной и стимулирующей политики со стороны руководителей КВУ, а также со стороны руководителей здравоохранения на региональном уровне.

По результатам нашего исследования, к эффективным элементам мотивационного воздействия относятся следующие меры, направленные на сложившуюся ситуацию: улучшение условий труда в организационном плане (оптимизация организации и управления лечебно-диагностическим процессом в КВУ), улучшение условий труда непосредственно на рабочем месте врача. При этом для каждой возрастно-половой группы врачей и в зависимости от занимаемой должности и стажа, эффективными будут различные комплексы мотивационных и стимулирующих воздействий с учетом данных предварительного анализа ценности (валентности) вознаграждения для врачей.

Полученные нами результаты изучения значимости материальных

факторов в процессе стимулирования труда врачей не противоречат данным других исследователей, описывающих аспекты мотивации профессиональной деятельности врачей других специальностей (Мадьянова В. В., 2003). Но вместе с тем получены новые данные о приоритетности мотивирующих факторов как материального, так и нематериального характера для врачей в зависимости от их должностного статуса, возраста, пола, материального положения, степени удовлетворенности профессиональной деятельностью и другими аспектами, раскрытыми в предыдущих разделах главы.

На сегодняшний день заработная плата врачей не носит стимулирующего характера, так как наблюдается неблагоприятный дисбаланс в отношении гарантированной (82 %) и переменной ее частей (18 %). Для создания экономической заинтересованности врачей в качестве и эффективности своей работы среди материальных стимулирующих мер возможно использование надбавки к окладу за расширение должностных обязанностей, дифференцированные доплаты за качество и объем оказанной медицинской помощи, при этом целесообразно увеличить переменную часть заработной платы, зависящую от качества и объема выполненной работы, до 40 %.

С этой целью необходимо в КВУ установить прямую и гибкую зависимость труда врачей от качественных и количественных показателей лечебной работы в соответствии с разработанными объективными критериями (индикаторами, отражающими количественные и качественные характеристики результатов труда непосредственно каждого врача и подразделения в целом) по итогам определенного периода, стимулируя тем самым профессиональный рост медицинских сотрудников.

Для формирования здорового нравственного климата в коллективе КВУ (который является обязательным условием его эффективной работы) руководителям учреждения и его подразделений необходимо проводить разъяснительно-психологическую работу в отдельных подгруппах коллектива, особое внимание при этом уделяя категории специалистов, не удовлетворенных своей профессиональной деятельностью. Разъяснительно-психологическая работа со стороны руководства в медицинском коллективе (как один из мотивирующих факторов) должна быть адресной направленности и в молодых возрастных группах – более интенсивной. В целом важно формирование благоприятного социально-психологического климата, улучшение нравственной атмосферы в КВУ, отождествление врача со своим коллективом и учреждением (удовлетворение потребности врачей в причастности к медицинской организации).

Учитывая стремление врачей вести здоровый образ жизни, необходимо расширение социального пакета (за счет договоров с оздоровительными центрами, организации лечебного питания, частичной оплаты лечения в санаториях и профилакториях). В комплексной системе мотивации и стимулирования врачей среди нематериальных факторов необходимо использовать такой механизм, как дополнительное тематическое обучение за счет КВУ (не только на циклах повышения квалификации врачей). На рис. 3.8 представлен комплекс материальных и нематериальных методов стимулирования труда врачей.



Рис. 3.8. Комплекс материальных и нематериальных методов стимулирования труда врачей

Практические рекомендации по совершенствованию управления КВУ

1. Для повышения эффективности функционирования КВУ необходимо активно интегрировать врачей и медицинский персонал в конкретные технологические и управленческие процессы в соответствии с уровнем компетенции, учетом их мотивационных предпочтений и значимости для них различных материальных и нематериальных факторов стимулирования труда.

2. В комплекс плановых управленческих мероприятий целесообразно включить регулярную диагностику мотивационных предпочтений (анонимное анкетирование) различных категорий сотрудников по вопросам их удовлетворенности работой и значимости материальных и нематериальных стимулов, а также факторов, снижающих мотивацию к повышению профессиональных знаний и навыков, к качественному выполнению профессиональных обязанностей.

3. При введении дополнительной оплаты за качество и объем медицинской помощи необходимо объективизировать оценку деятельности врачей путем персонифицированного учета всего комплекса оказываемых медицинских услуг (диагностических, лечебных и профилактических), руководствуясь принципом «зарплата идет за результатом». Активнее использовать в управлении КВУ социальный пакет в дополнение к заработной плате врачей и планировать постоянное расширение его составляющих.

4. Считаем рациональным принятие новых управленческих решений в части построения системной, регулярной плановой работы по единым стандартам и управленческим алгоритмам в следующих направлениях:

– оптимизация и модернизация лечебно-диагностического процесса в КВУ;

– изменение штатного расписания и структуры учреждения;

– бюджетирование и планово-экономическая работа КВУ;

– реформирование принципов работы с кадрами (с учетом не только их профессиональных, но и социальных характеристик);

– оптимизация использования и развития материально-технической базы КВУ с рациональным привлечением лечебно-диагностических возможностей других учреждений, имеющих лицензию на медицинскую деятельность

Таким образом, проблемы управления дерматовенерологическими учреждениями не могут быть решены без улучшения материально-

технической базы КВУ и соответственно условий труда медицинского персонала, без повышения престижа медицинской деятельности.

Внедрение данного комплекса в работу КВУ способствовало повышению мотивации медицинских работников, эффективности и производительности их труда, позволило повысить конкурентоспособность государственных КВУ и качество специализированной медицинской помощи в регионах.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

К главе 2

Авксентьева М. В. О теоретических основах клинико-экономического анализа / М. В. Авксентьева // Проблемы стандартизации в здравоохранении. 2007. № 7. С. 3–6.

Артамонова Г. В. Повышение качества медицинской помощи на основе управления ресурсным обеспечением учреждений здравоохранения / Г. В. Артамонова, В. А. Гебель // Экономическая эффективность и развитие регионального здравоохранения: Сб. науч. тр. науч.-практ. конф. М., 2002. С. 32–35.

Артамонова Г. В. Результаты анализа материально-технических ресурсов в учреждениях здравоохранения Кемеровской области / Г. В. Артамонова, В. А. Гебель, Л. Е. Исакова, Н. К. Кизицкая, Н. М. Мухаметдинова // Медицина в Кузбассе. 2003. № 4. С. 72–73.

Авксентьева М. В. Индикаторы качества медицинской помощи – инструмент контроля за внедрением стандартов и протоколов / М. В. Авксентьева; НИИ общественного здоровья и управления здравоохранением; Московская медицинская академия им. И. М. Сеченова // Проблемы стандартизации в здравоохранении. 2005. № 9. С. 88–94.

Воробьев П. А. Стандартизация в здравоохранении // Там же. 2007. № 7. С. 3–9.

Вялков А. И. Оценка эффективности деятельности учреждений здравоохранения / А. И. Вялков // Главврач. 2005. № 3. С. 25–33.

Временные базовые тарифы медико-экономических стандартов Свердловской области / Департамент здравоохранения администрации Свердловской области. Кн. 3. Специализированные службы. Екатеринбург, 1995.

Габуева Л. А. Управление маркерами экономической эффективности деятельности при планировании медицинского бизнеса / Л. А. Габуева // Здравоохранение. 2006. № 5. С. 37–45.

Гебель В. А. Организационные аспекты системы управления материально-техническими ресурсами здравоохранения: автореф. дис. … канд. мед. наук: 14.00.33 / Г. В. Александрович. Кемерово, 2006.

Гебель В. А. Проблемы учета и анализа материальных ресурсов медицинских организаций / В. А. Гебель: Инновационные технологии управления здравоохранением: Сб. материалов науч.-практ. конф. Кемерово, 2003. С.12–15.

Духанина И. В. Затраты труда медицинского персонала и качество медицинской помощи / И. В. Духанина // Здравоохранение. 2005. № 8. С. 31–40.

Духанина И. В. Персонализированная оценка труда медицинского персонала как метод повышения результативности медицинской помощи / И. В. Духанина, М. В. Духанина // Здравоохранение Российской Федерации. 2006. № 3. С. 35–39.

Духанина И. В. Административный учет в деятельности лечебно-профилактического учреждения / И. В. Духанина, О. Ю. Александрова, М. В. Духанина // Там же. № 4. С. 42–44.

Зырянов А. В. Ценообразовательная политика медицинского центра в условиях рыночных отношений / А. В. Зырянов, А. Ю. Колосова, Н. П. Самкова: Информационное письмо. Екатеринбург, 1997.

Инструкция по расчету стоимости медицинских услуг / Утв. Минздравом РФ и Российской академией медицинских наук 10.11.1999 г. № 01–23/4–10, 01-02 /41. М., 1999.

Кирбасова Н. П. и др. Методические указания по совершенствованию оплаты медицинских услуг и расходованию финансовых средств в учреждениях здравоохранения федерального подчинения от 28.02.2000. МЗ РФ и РАМН.

Кирбасова Н. П. Значение персонифицированного учета медицинских услуг в условиях многоканального финансирования на примере Научного центра акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН // Экономика здравоохранения. 2004. № 2. С. 40–42.

Кирбасова Н. П. Об опыте работы крупного специализированного бюджетного учреждения здравоохранения федерального подчинения по планированию и выполнению объемов помощи в рамках государственного задания // Менеджер здравоохранения. 2004. № 2. С. 22–31.

Кирбасова Н. П. Методы анализа использования основных фондов медицинских учреждений // Там же. № 5. С. 27–30.

Кирбасова Н. П., Степанов В. П., Костылев Д. В. Система автоматизированного персонифицированного учета медицинских услуг в условиях многоканальной модели финансирования учреждений здравоохранения федерального подчинения // Врач и информационные технологии. 2004. № 5. С. 30–37.

Кубанова А. А. Развитие российской дерматовенерологии на современном этапе (по материалам доклада на IX Российском съезде дерматовенерологов / А. А. Кубанова // Вестн. дерматологии и венерологии. 2005. № 6. С. 3–7.

Кораблев В. Н. Инновационный подход к управлению ресурсами здравоохранения (на примере Хабаровского края): автореф. дис. … канд. эконом. наук: 08.00.05 / В. Н. Кораблев. Новосибирск, 2006.

Кузнецов П. П., Стуколова Т. И., Кирбасова Н. П. и др. О повышении эффективности использования финансовых средств в учреждениях здравоохранения федерального подчинения // Экономика здравоохранения. 2001. № 1. С. 40–42.

Лекции по организации здравоохранения / Под ред. А. Б. Блохина, Е. В. Ползика, Д. Никола, Р. Шиффа. Екатеринбург, 2000.

Лукьянцева Д. В. Прошлое, настоящее и будущее медицинских стандартов // Проблемы стандартизации в здравоохранении. 2007. № 8. С. 3–7.

Лунская Л. Л., Челидзе Н. П., Кирбасова Н. П. и др. Инструкция по расчету стоимости медицинских услуг // Экономика здравоохранения. 2001. № 1. С. 47–58.

Методика расчета стоимости и тарифа на оказание медицинской помощи / В. П. Шипова. М., 1994.

Методические указания по совершенствованию оплаты медицинских услуг, планированию и использованию ресурсов в учреждениях здравоохранения федерального подчинения (утв. приказом Минздрава РФ и РАМН от 28 февраля 2000 г. № 70/14).

Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем (Десятый пересмотр).

Михайлова Н. В. Обеспечение качества медицинского обслуживания / Н. В. Михайлова, Д. Ф. Гилязетдинов // Стандарты и качество. 1999. № 3. С. 8–10.

Молчанова Л. Ф. Медицинская, социальная и экономическая эффективность организации работы дневного стационара / Н. Г. Шамшурина, Л. Ф. Молчанова, Е. К. Кудрина, С. В. Выломова // Здравоохранение. 2006. № 8. С. 17–29.

Номенклатура работ и услуг в здравоохранении. М., 2004.

О мерах по повышению эффективности использования ресурсов в здравоохранении / Под ред. Ю. Л. Шевченко: сб. докл. выездной коллегии Министерства здравоохранения РФ, 27–28 нояб. 2001 г. М., 2001.

Приказ Минздрава РФ и Российской академии медицинских наук от 28 февраля 2000 г. № 70/14 «О повышении эффективности использования финансовых средств в учреждениях здравоохранения федерального подчинения».

Приказ Минздрава РФ от 10 апреля 2001 г. № 113 «О введении в действие отраслевого классификатора “Простые медицинские услуги”».

Приказ Минздрава РФ от 16 июля 2001 г. № 268 «О введении в действие отраслевого классификатора “Сложные и комплексные медицинские услуги”».

Саверский А. В. Значение протоколов ведения больных в судебной практике / А. В. Саверский, Е. О. Сергеева // Проблемы стандартизации в здравоохранении. 2005. № 11. С. 6–12.

Стародубов В. И., Флек В. О. Эффективность использования финансовых ресурсов при оказании медицинской помощи населению Российской Федерации. М., 2006.

Ушаков Г. Н. Некоторые аспекты терминологии при оценке качества медицинской помощи / Г. Н. Ушаков, О. А. Панкин // Кремлевская медицина: Клинич. вестн. 2000. № 3. С. 3–7.

Хабриев Р. У. Методические подходы к формированию актуальных индикаторов качества медицинской помощи / Р. У. Хабриев, А. С. Юрьев, М. В. Авксентьева, П. А. Воробьев, С. Н. Горбунов // Здравоохранение. 2005. № 8. С. 9–15.

Хабриев Р. У. Оценка качества медицинской помощи с использованием индикаторов / Р. У. Хабриев // Неотложная терапия. 2005. № 2. С. 5–9.

Царик Г. Н. Социально-медицинская эффективность внедрения новых технологий организации медицинской помощи населению на региональном уровне / Г. Н. Царик, О. Л. Рытенкова, И. П. Рычагов, Г. Д. Данцигер // Здравоохранение 2006. № 4. С. 39–44.

Шипова В. П. Методика расчета стоимости и тарифа на оказание медицинской помощи / В. П. Шипова. М., 1994.

Шамшурина Н. Г. Методы расчета цены медицинской услуги / Н. Г. Шамшурина // Здравоохранение. 2006. № 2. С. 161–171.

Швец Т. И. Анализ и оценка эффективности ресурсного обеспечения учреждений здравоохранения / Т. И. Швец, Г. В. Артамонова, В. А. Гебель // Главврач. 2004. № 6. С. 55–60.

Шипачев К. В. Методология стратегического управления ресурсным обеспечением учреждений здравоохранения / К. В. Шипачев, Г. В. Артамонова, В. А. Гебель: Общественное здоровье: стратегия развития в регионах Сибири: материалы регион. науч.-практ. конф. Новосибирск, 2002. С. 25–27.

Элькин Г. И. // Вестник технического регулирования. 2005. № 9. С. 7.

Юрьев А. С. Основные положения системы обеспечения качеством в здравоохранении / А. С. Юрьев // Проблемы стандартизации в здравоохранении. 2006. № 1. С. 10–17.

К главе 3

:

Блохин А. Б. Изменения в обеспечении медицинским персоналом Свердловской области / А. Б. Блохин, Г. М. Насыбуллина, Ф. И. Бадаев, Н. Н. Кивелева // Здравоохранение Российской Федерации. 2003. № 6. С. 34–38.

Бойков А. А. Социально-экономическая и административно-психологическая мотивация труда сотрудников скорой медицинской помощи / А. А. Бойков, И. П. Николаева, М. Д. Петраш // Менеджер здравоохранения. 2006. № 4. С. 14–18.

Васильева Т. П. Методологические подходы к оптимизации кадрового потенциала здравоохранения на региональном уровне / Т. П. Васильева, Д. Л. Мушников // Проблемы управления здравоохранением. 2004. № 4 (17). С. 62–71.

Гайдаров Г. М. Экономическое стимулирование деятельности первичной медико-санитарной помощи в системе ОМС / Г. М. Гайдаров, Н. Ю. Ростовцева, Д. Ю. Музыка // Здравоохранение. 2005. № 4. С. 84–91.

Гайдаров Г. М. Дифференцированная оплата труда врачей-терапевтов участковых в зависимости от объема и качества работы / Г. М. Гайдаров, Н. Н. Абашин, Д. Ю. Музыка: метод. рекомендации. Иркутск, 2006.

Денисов И. Н. Экономические особенности переходного периода к бюджетно-страховой модели оказания медицинской помощи / И. Н.Денисов // Проблемы управления здравоохранением. 2001. № 1. С. 2.

Дубынина Е. И. Актуальные проблемы управления медицинскими кадрами на региональном уровне / Е. И. Дубынина, А. В. Зарубина, Г. В. Стешенко // Рос. мед. журн. 2003. № 5. С. 6–8.

Дьяченко В. Г. Управление кадрами отрасли здравоохранения Дальневосточного федерального округа: региональные проблемы и перспективы / В. Г. Дьяченко, И. В. Пчелина // Проблемы управления здравоохранением. 2003. № 4. С. 29–32.

Кучеренко В. З. Методы статистического анализа общественного здоровья / В. З. Кучеренко, О. А. Манерова // Там же. № 1 (8). С. 57–61.

Кадыров Ф. Н. Экономические методы стимулирования внедрения прогрессивных форм организации медицинской помощи / Ф. Н. Кадыров // Проблемы социальной гигиены и история медицины. 1998. № 1. С. 35–39.

Какорина Е. П. Итоги и перспективы развития приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения / Е. П. Какорина // Проблемы стандартизации в здравоохранении. 2006. № 12. С. 32–38.

Кочорова Л. В. Удовлетворенность психиатров условиями работы / Л. В. Кочорова // Проблемы стандартизации в здравоохранении. 2000. С. 124–126.

Кубанов А. А. Результаты социологического опроса врачей-дерматовенерологов в различных субъектах Российской Федерации в период модернизации дерматовенерологической помощи населению / А. А. Кубанов, М. А. Иванова // Вестн. дерматовенерологии. 2007. № 6. С. 25–27.

Мадьянова В. В. Мотивационные предпочтения врачей-педиатров в стимулировании их профессиональной деятельности / В. В. Мадьянова // Рос. мед. журн. 2004. № 1. С. 7.

Маслоу А. Мотивация и Личность / А. Маслоу. СПб., 1999.

Мероприятия мотивационного воздействия на профессиональную деятельность врачей-педиатров: метод. рекомендации / РГМУ. М., 2003.

Мескон М. Основы менеджмента / М. Мескон, М. Альберт, Ф. Хедоури. М., 1992. С. 361.

Михайлова Ю. В. Состояние и перспективы развития кадрового потенциала системы здравоохранения / Ю. В. Михайлова, И. М. Сон, С. Т. Сохов, Н. В. Данилова, М. Г. Шестаков и соавт. // Здравоохранение Российской Федерации. 2008. № 1. С. 52–54.

Музыка Д. Ю. Организационно-методические подходы к повышению качества и эффективности профилактической работы врачей-терапевтов участковых в современных условиях: Автореф. дис. … канд. мед. наук / Д. Ю. Музыка. М., 2007.

Назаренко Г. И. Менталитет медицинских работников и его влияние на успешность внедрения в практику лечебно-профилактического учреждения технологической модели непрерывного повышения качества медицинской помощи / Г. И. Назаренко, Е. И. Полубенцева, В. Ф. Паршин // Проблемы управления здравоохранением. 2004. № 4 (17). С. 30–38.

Организация эффективного управления человеческими ресурсами в учреждениях здравоохранения / Н. К. Поволокина, В. Ф. Задорин, В. А. Данилов // Здравоохранение. 2001. № 6. С. 41–47.

Плетинский В. И., Бойков А. А., Зайцев Д. В. К вопросу об оценке качества и оплате труда сотрудников скорой медицинской помощи // Скорая медицинская помощь. 2003. № 2. С. 9–11.

Полунина Н. В. Врач-педиатр и руководитель ЛПУ: мотивация взаимоотношений и производительность труда / Н. В. Полунина, Е. И. Нестеренко, В. В. Мадьянова // Главный врач. MMII. XI. С. 29–30.

Реформирование системы оплаты медицинской помощи: В 2 т. / Под ред. И. М. Шеймана, Л. Е. Исаковой. Кемерово, 2002.

Рогозный А. Д. Подходы к экономическому стимулированию деятельности медицинского персонала / А. Д. Рогозный // Здравоохранение. 2003. № 5. С. 37–46.

Травин В. В. Менеджмент персонала предприятия / В. В.Травин, В. А. Дятлов. М., 2000.

Флек В. О. Инновационные технологии управления ресурсами в здравоохранении / В. О. Флек, Н. А. Кравченко, И. С. Черепанова. М., 2001.

Шапиро С. А. Мотивация и стимулирование персонала / С. А. Шапиро. М., 2006.

Шешунов И. В. Организационная модель профессиональной деятельности врача-специалиста с учетом перспективных требований / И. В. Шешунов, А. Б. Медведьева // Проблемы управления здравоохранением. 2004. № 4 (17). С. 49–54.

Шилов В. В. Материальное благополучие медицинских работников как фактор повышения качества оказания амбулаторной медицинской помощи населению / В. В. Шилов, В. В. Черноморец // Главврач. 2006. № 3. С. 52–56.

Шильникова Н. Ф., Ходакова О. В. Некоторые аспекты кадровой политики в муниципальных лечебных учреждениях / Н. Ф. Шильникова, О. В. Ходакова // Проблемы управления здравоохранением. 2005. № 1 (20). С. 27–30.

Зильберберг Н. В. и др. Мотивация профессиональной деятельности врачей-дерматовенерологов / Н. В. Зильберберг, Н. В. Кунгуров, Е. А. Гусарова // IX Всероссийская конференция дерматовенерологов: тез. науч. работ. Екатеринбург, 2006. С. 49–50.

Зильберберг Н. В. К вопросу о профессиональном уровне врачей / Н. В. Зильберберг, Н. В. Кунгуров, М. М. Кохан, Е. А. Шигаева, О. А. Воронова // Межрегиональная научно-практическая конференция дерматовенерологов и врачей смежных специальностей: сб. материалов конф. Екатеринбург, 2008. С. 15–17.

Beagan B. L. Neutralizing differences: producing neutral doctors for (almost) neutral patients // Soc Sci Med. 2000. 51. 1253–65.

Bellini L. M. Variation of mood and empathy during internship / L. M. Bellini, M Baime, A. J. Shea // JAMA. 2002. 287. 3143–46.

Bennet S., Franco L. “Public Sector Health Worker Motivation ahd Health Sector Reform: A Conceptual Framework.” Majar Applier Research 5, Technical Paper 1. Partnershihs for Health Refohm. 1999.

Bennet S., Gzirishvili D., Kanfer. ”An In-derth Analysis of the Determinants and Consequences of Worker Motivation in Two Hospitals in Tbilisi, Georgia.” Major Applier Research 5, Working Paper 9. Partherships for Health Reform. 2000.

Biaggi P., Peter S., Ulich E. Stressors, emotional exhaustion and aversion to patients in residents and chief residents – what can be done? Swiss Med Wkly. 2003. 133. 339–46.

Collier V. U., McCue J. D., Markus A. et al. Stress in medical residency: status quo after a decade of reform? Ann Intern Med. 2002. 136. 384–90.

Goddard M., Mannion R., Smith P. “Enhancing Performance in Health Care: Theoretical Perspective on Agency and the Role of Information.” Health Economics 9. 95–107.

Horowitz M. E. Stressors and strains of medical training and practice / M. E. Horowitz, J. E. Drutz, E. Frug // Swiss Med Wkly. 2003. 133. 629.

Kanfer R. “Measuring Health Worker Motivation in Developing Countries.” Major Applied Research 5, Working Paper 1. Partherships for Health Reform. 1999.

Martinez J., Martineau T. Rethinking human resources: an agenda for the millennienium // Health Policy Plan 1998 13(4): 345–58

Mills A. “Improving the Efficiency of Public Sector Health Services in Developing Countries: Bureaucratic versus Market Approaches.” In Colclough, ed., Marketizing education and health in developing countries: Miracle or mirage? Oxford; Oxford University Press, 1997.

Mowday R., Steers R. M. “The measurement of organisational commitment.” Journal of Vocational Behaviour. 1979. 14. 224–47.

Quine L. Workplace bullying in junior doctors: questionnaire survey // BMJ. 2002. 324. 878–9.

Propper C. “Market Structure and Prices: The Responses of Hospitals in the UK National Health Service to Competition.” Journal of Public Economics. 1996. 61. 307–35.

Propper C., Wilson D., Soderlund N. “The effects of regulation and competition in NHS internal market: The case of general practice fund holder prices.” // Jo. of Health Economics. 1998. 17(6). 645–73.

Shanafelt T. D., Bradley K. A., Wipf J. E. et al. Burnout and self reported patient care in an internal medicine residency program // Ann Intern Med. 2002. 136. 358–67.

Shapiro S. L., Shapiro D. E., Schwartz G. E. Stress management in medical education: a review of the literature // Acad Med. 2000. 75. 748–59.

Научное издание

Николай Васильевич Кунгуров
Наталья Владимировна Зильберберг
Нина Израйльевна Рогинко
Марина Анатольевна Уфимцева
Ильдар Гомерович Шакуров
Валерий Адигамович Игликов
Муза Михайловна Кохан
Елена Владимировна Гришаева

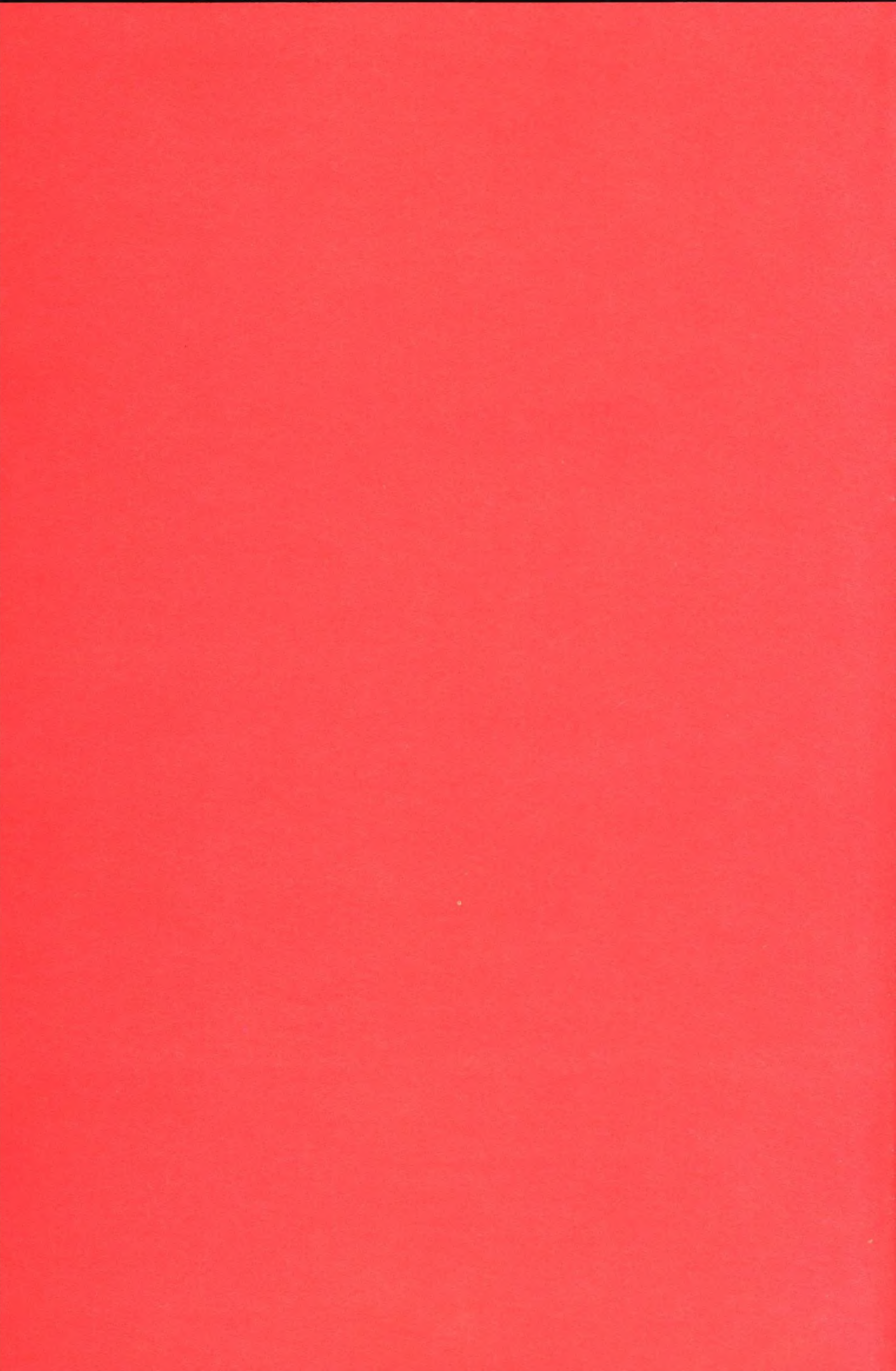
ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ: ПРИНЦИПЫ И МЕТОДОЛОГИЯ ПЛАНИРОВАНИЯ РЕСУРСНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ С УЧЕТОМ СОВРЕМЕННЫХ ЗАДАЧ И ЛИЦЕНЗИОННЫХ ТРЕБОВАНИЙ

Ответственная за выпуск *Т. Г. Мусина*
Редактор *Т. А. Федорова*
Верстка – *И. А. Мусин*

Подписано в печать 08.08.08. Формат 60 х 84 $^{1}/_{16}$.
Бумага офсетная. Гарнитура Times New Roman. Печать офсетная.
Усл. печ. л 17.38. Тираж 2000 экз. Заказ №50173

Издано при участии издательства «Vip-Урал»
Тел./факс 212-05-18; сот. 8-904-98-98-353
E-mail: vip-ural@yandex.ru

Издательство «Чароид»
Отпечатано в ООО «Корпорация типографий “Циркон”»
623651, Свердловская обл., г. Реж, ул. Ломоносова, 6.







Дерматовенерология: принципы и методология планирования ресурсного обеспечения с учетом современных задач и лицензионных требований